

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – MEC
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR – SESU/MEC
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA
EM SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS ADITIVOS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Elaboração de um curso de capacitação EaD sobre Síndrome de
Abstinência Alcoólica para equipe de enfermagem**

Marília Borges Osório

Orientador: Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

PORTO ALEGRE

2020

MARÍLIA BORGES OSÓRIO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Elaboração de um curso de capacitação EaD sobre Síndrome de
Abstinência Alcoólica para equipe de enfermagem**

Dissertação apresentada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, instituição vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Transtornos Aditivos

Orientador: Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta

PORTO ALEGRE

2020

Catlogação na Publicação (CIP)

OSORIO, MARILIA BORGES

Elaboração de um curso de capacitação EaD sobre Síndrome de Abstinência Alcoólica para equipe de enfermagem / MARILIA BORGES OSORIO. -- 2020.
176 f.

Orientador: MARCIO WAGNER CAMATTA.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. ALCOOLISMO. 2. HOSPITAL GERAL. 3. SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA. 4. ENFERMAGEM. I. CAMATTA, MARCIO WAGNER, orient. II. Título.

Nome: Marília Borges Osório

Título: Elaboração de um curso de capacitação EaD sobre Síndrome de Abstinência Alcoólica para equipe de enfermagem.

Dissertação apresentada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, instituição vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Mestre em Saúde Mental e Transtornos Aditivos.

Aprovada por:

Marcio Wagner Camatta – MPAD/HCPA
Presidente

Lisia Von Diemen – MPAD/HCPA
Membro

Ana Luisa Petersen Cogo – UFRGS
Membro Externo

Annie Jeanninne Bisso Lacchini – UFCSPA
Membro Externo

*Dedico este trabalho às minhas filhas Cecília e Marina, que me ensinam tanto todos os dias;
por elas busco me amar mais, e terminar este trabalho faz parte desse processo.*

Agradecimentos

Em primeiro lugar agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Marcio Wagner Camatta; pelo seu incentivo para me inscrever no processo de seleção do Mestrado, por sempre acreditar que eu conseguiria alcançar o objetivo do projeto, pelo tempo inestimável dedicado às orientações, mas especialmente por ter respeitado meu tempo e necessidade de ajuda em momentos sensíveis do caminho.

À Prof^a. Dr^a. Lísia Von Diemen, pela ideia inicial do projeto que me conquistou com seu carisma. Aos professores do curso do Mestrado, pela dedicação e empenho na organização e condução das aulas, em especial àqueles que sempre conseguiram me fazer repensar o caminho a seguir no projeto: Prof^a. Dr^a. Anne Sordi, Prof^a. Dr^a. Daiane Silvello, Prof. Dr. José Roberto Goldim e Prof^a. Dr^a. Juliana Scherer.

À Coordenação do curso, Carla Dalbosco e Sílvia Halpern, pela disponibilidade e carinho.

Aos meus colegas de turma do Mestrado, pelo convívio inesquecível, discussões enriquecedoras, risadas, cafés e doçuras - dos chocolates aos abraços compartilhados.

À Enf^a. Emi Simplício, enquanto Chefe da Unidade de Adição, pela parceria e incentivo para que eu pudesse participar de todas as aulas do Mestrado. Agradeço também aos enfermeiros colegas amigos do Serviço de Enfermagem em Adição, pelo incentivo e suporte necessário quando não pude estar presente na assistência aos pacientes.

Aos amigos Enf^a. Alessandra Mendes Calixto e Arnaldo Broll Voitovitz: foram eles que literalmente me abraçaram com inestimável carinho quando cheguei à UDQ (ex- Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus) onde comecei a me dedicar ao cuidado de pacientes com transtornos aditivos. Aos dois, meu eterno carinho e admiração.

Aos meus pais, Maria Regina e Claudio, pelo amor, exemplo, incentivo e disposição contínua em me ajudar. Além de amor gigante estendido à Cecília e à Marina.

Ao meu esposo Thiago, que mesmo sem entender o porquê de eu nunca terminar o trabalho entendia que eu precisava de tempo a sós no computador; pelo seu incentivo amoroso e duradouro.

Aos meus sogros, Carmen e Gringo, pela presença quando precisei estar ausente e cuidado amoroso com as gurias, bem como agradeço à Edi, nossa fada, por cuidar delas com tanto amor.

*Descobrir que, afinal de contas, não se possui nenhuma
queixa.*

E que se está sem nenhuma tristeza para dizer no momento.

Lembrar que não sente fome e que os olhos estão perfeitos.

Para falar a verdade, sentir-se quite com a vida.

(Manoel de Barros)

Osório, MB. Elaboração de um curso de capacitação EaD sobre Síndrome de Abstinência Alcoólica para equipe de enfermagem. [dissertação]. Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2020.

RESUMO

Elaboração de um curso de capacitação EaD sobre Síndrome de Abstinência Alcoólica para equipe de enfermagem.

O Transtorno por Uso de Álcool (TU Álcool) é um grave problema de saúde pública com alta prevalência em hospital geral, que, em decorrência da intensidade e gravidade dos sintomas das complicações clínicas associadas, poderá ser a porta de entrada para o tratamento. A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) é um conjunto de sinais e sintomas que surgem nas primeiras horas após a diminuição ou a interrupção do uso de álcool. Quando não manejada corretamente pode ter consequências graves à saúde, colocando em risco a vida do paciente. É importante que a enfermagem, por ser a equipe que fica mais tempo nos serviços, esteja atenta à identificação dos sinais e sintomas da SAA. Este trabalho tem como objetivo apresentar estrutura didática de curso de capacitação para equipe de enfermagem de hospital geral, para a avaliação e o manejo dos sintomas de abstinência alcoólica na modalidade Ensino à Distância (EaD). Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, tipo narrativa, realizada entre setembro de 2019 e junho de 2020. Os conteúdos levantados foram organizados conforme o referencial de Tipologias de Aprendizagem, em quatro eixos. A escolha desse método se deu a partir da necessidade de estabelecer um critério para organizar o curso em uma sequência didática dos conteúdos abordados. Os temas do curso foram divididos em eixos do referencial, assim distribuídos: Factuals (epidemiologia do álcool no mundo, no Brasil e a prevalência de alcoolismo em hospital geral); Conceituais (conceitos de álcool, de transtorno por uso de substância e de TU Álcool; fatores de risco para o TU Álcool; identificação do paciente que tem problemas com álcool; conceito, sinais e sintomas, principais complicações da SAA); Procedimentais (instrumentos de avaliação da SAA/Escala CIWA-Ar; cuidados de enfermagem: prevenção e manejo da SAA); e Atitudinais (acolhimento; atitudes da equipe de enfermagem com o paciente alcoolista, relacionamento paciente-equipe de enfermagem). O processo de organização do conteúdo seguindo um referencial, a avaliação pelos especialistas, e consequentes revisões no conteúdo, denotam a grande utilidade deste trabalho na prática da enfermagem. Dados da literatura e a avaliação dos especialistas reforçam a necessidade do curso e de atenção no atendimento do paciente alcoolista em unidade não especializada. Cursos dessa natureza podem qualificar o cuidado da equipe de enfermagem na prevenção de complicações mais graves decorrentes da SAA e na segurança do paciente.

Descritores: Alcoolismo; Intoxicação alcoólica; Síndrome de Abstinência Alcoólica; Hospital geral, Enfermagem e Educação em Enfermagem.

Osório, MB. Elaboration of an EaD training course on Alcohol Abstinence Syndrome for the nursing team. [dissertation]. Porto Alegre: Clinical Hospital of Porto Alegre, Federal University of Rio Grande do Sul; 2020.

ABSTRACT

Elaboration of an EaD training course on Alcohol Abstinence Syndrome for the nursing team.

Introduction: Alcohol Use Disorder (TU Alcohol) is a serious public health problem with high prevalence in a general hospital, which, due to the intensity and severity of symptoms of associated clinical complications, may be the gateway to treatment. Alcoholic Withdrawal Syndrome (SAA) is a set of signs and symptoms that appear in the first hours after the decrease or interruption of alcohol use. When not handled correctly, it can have serious health consequences, putting the patient's life at risk. It is important that nursing, as it is the team that stays the longest in the services, is attentive to identifying the signs and symptoms of SAA. **Objectives:** To present a didactic structure for a training course for the nursing staff of a general hospital, for the assessment and management of alcohol withdrawal symptoms in the Distance Learning (DE) modality. **Methods:** It is a bibliographic research, narrative type, carried out between September 2019 and June 2020. The contents surveyed were organized according to the reference of Learning Typologies, in four axes. This method was chosen based on the need to establish a criterion for organizing the course in a didactic sequence of the contents covered. **Results:** The themes of the course were divided into axes of the reference, distributed as follows: Factual (epidemiology of alcohol in the world, in Brazil and the prevalence of alcoholism in a general hospital); Conceptual (concepts of alcohol, substance use disorder and TU Alcohol; risk factors for TU Alcohol; identification of the patient who has alcohol problems; concept, signs and symptoms, main complications of SAA); Procedural (SAA assessment instruments / CIWA-Ar Scale; nursing care: prevention and management of SAA); and Attitudinal (welcoming; attitudes of the nursing team with the alcoholic patient, patient-nursing team relationship). **Conclusions:** The process of organizing the content according to a reference, the evaluation by specialists, and consequent revisions to the content, denote the great utility of this work in nursing practice. Data from the literature and the experts' evaluation reinforce the need for the course and attention in the care of alcoholic patients in a non-specialized unit. Courses of this nature can qualify the care of the nursing team in the prevention of more serious complications resulting from SAA and in the patient safety.

Descriptors: Alcoholism; Alcoholic intoxication; Alcohol Withdrawal Syndrome; General hospital, Nursing and Nursing Education.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Educação Continuada X Educação Permanente.....	26
Quadro 2 - Conteúdo do curso elencado conforme as tipologias de aprendizagem.....	32
Quadro 3 – Apresentação dos objetivos do curso conforme as tipologias de aprendizagem.....	35
Figura 1 - Equivalência da quantidade de álcool em diferentes bebidas, em termos de dose-padrão.....	48
Figura 2 – Teste AUDIT – C.....	57
Figura 3: Gravidade e duração dos sintomas da SAA.....	59
Figura 4: Períodos da SAA mais prováveis para o aparecimento de tremores, hiperatividade e convulsões.....	60
Figura 5: Escala CIWA-Ar.....	73
Figura 6: <i>Prints</i> das telas de teste da Escala CIWA-Ar no Sistema AGHUse do HCPA.....	75

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DA LITERATURA	
2.1 TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA E TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL.....	15
2.2 DADOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	17
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS.....	18
2.4 O TU ÁLCOOL NO HOSPITAL GERAL.....	20
2.5 A SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	21
2.6 POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE.....	24
3. OBJETIVOS	28
3.1 OBJETIVO GERAL.....	28
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
4. MATERIAL E MÉTODOS	29
4.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.....	29
4.2 ORGANIZAÇÃO DO CONTEÚDO DO CURSO.....	31
4.3 AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DO CURSO.....	33
4.4 ASPECTOS ÉTICOS.....	37
5. CONTEÚDO DO CURSO	38
5.1 ATITUDINAIS.....	38
5.4.1 Acolhimento.....	38
5.4.2 Atitudes da equipe de enfermagem com o paciente alcoolista.....	39
5.4.3 Relacionamento equipe de enfermagem – paciente.....	40
5.2 FACTUAIS.....	44
5.2.1 Álcool no mundo.....	44
5.2.2 Álcool no Brasil.....	44
5.2.3 Prevalência de alcoolismo em hospital geral.....	45
5.3 CONCEITUAIS.....	46
5.3.1 Conceito de álcool.....	47
5.3.2 Conceito de Transtorno por Uso de Substância (TUS).....	48

5.3.3	Conceito de Transtorno por Uso de Álcool (TU Álcool)	50
5.3.4	Fatores de risco para o TU Álcool	52
5.3.5	Identificação do paciente que tem complicações com uso de álcool	55
5.3.6	Conceito de Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)	58
5.3.7	Descrição detalhada dos sinais e sintomas de SAA	59
5.3.8	Descrição das complicações da SAA	61
5.3.9	Outras questões a serem investigadas	67
5.4	PROCEDIMENTAIS	70
5.4.1	Prevenção da SAA	70
5.4.2	Instrumentos facilitadores de avaliação/ Escala Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar)	71
5.4.3	Cuidados de enfermagem: prevenção da SAA	82
5.4.4	Cuidados de enfermagem: manejo da SAA	85
6.	ATIVIDADES PARA TESTAR OS CONHECIMENTOS	89
6.1	GABARITO	95
7.	CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS	96
	REFERÊNCIAS	100
	APÊNDICE A - ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DO CURSO	102
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	104
	APÊNDICE C - CONTEÚDO DO CURSO ENCAMINHADO PARA AVALIADORES	106
	APÊNDICE D - PROGRAMA DO CURSO	163
	APÊNDICE E – <i>STORYBOARD</i>	165
	ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	202

1. INTRODUÇÃO

No decorrer desses 7 anos trabalhando como enfermeira na Unidade de Internação em Adição da Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), enquanto enfermeira membro da equipe assistencial, tenho observado que pacientes transferidos das unidades de internação clínica e cirúrgica do próprio HCPA para a Unidade de Adição comumente tiveram o Transtorno por uso de Álcool subdiagnosticado, ou até mesmo não diagnosticado, desde o início do seu atendimento na instituição. Isso acarretou um atraso ou mesmo a não realização do tratamento recomendado para evitar complicações comumente observadas na Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA).

Na prática profissional e de acordo com a literatura (PECHANSKY et al, 1984; RAMOS et al, 2002; OLIVEIRA, V; OLIVEIRA, L, 2006; LUIS et al, 2016; PONCE et al, 2016), fica evidente que muitas vezes a pessoa com TU Álcool irá ingressar no serviço de saúde por meio de outra especialidade, e não de uma unidade especializada em tratamento dessa patologia. Entende-se que a avaliação do paciente começa na anamnese, que deve abranger, no levantamento do histórico do paciente, perguntas sobre os hábitos de consumo de substâncias psicoativas (SPAs), sobretudo o álcool.

No HCPA, a anamnese de enfermagem, que faz parte da sistematização da assistência de enfermagem¹, contempla a avaliação do consumo de SPAs. Na Unidade de Adição essa avaliação sempre é explorada em profundidade, investigando tipos de substâncias em uso, início de consumo, frequência e quantidade, entre outros aspectos. Essa avaliação ajuda a definir o plano de cuidados do paciente, elegendo os diagnósticos de enfermagem mais acurados e posteriormente fazendo a prescrição de cuidados correspondentes, sendo que no plano de cuidados do paciente com TU Álcool sempre será aplicada a escala CIWA-

¹ RESOLUÇÃO COFEN-358/2009: O Processo de Enfermagem deve estar baseado num suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem; e que forneça a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados. http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html

Ar como ação do enfermeiro na rotina de avaliação e manutenção dos cuidados dos pacientes até supressão total da SAA.

“A abstinência de álcool não prevista em indivíduos hospitalizados cujo diagnóstico de transtorno por uso da substância passou despercebido pode acrescentar riscos e custos de hospitalização e maior tempo de internação” (American Psychiatric Association, 2014, p. 496). Cabe destacar ainda que, nas unidades de internação não especializadas em adição do HCPA, é comum a não avaliação da equipe de saúde e de enfermagem quanto aos hábitos de consumo de SPAs dos pacientes, bem como o não reconhecimento de sinais e sintomas de abstinência, uma vez que o foco do atendimento nessas outras áreas não é a adição por substâncias.

Por ser a equipe de enfermagem que permanece 24 horas com o paciente e considerando a importância do manejo dos sintomas da SAA, fica evidente a relevância da realização de capacitação e treinamentos teórico-práticos referentes à avaliação de sinais e sintomas da SAA e do seu manejo terapêutico para assegurar uma assistência em saúde de qualidade para esta população.

Este estudo pretende apresentar um curso EaD de capacitação para profissionais de enfermagem de unidades de internação não especializada no tratamento de TU Álcool sobre os conteúdos de avaliação e manejo de enfermagem para pacientes em SAA. A partir desse entendimento, espera-se que, ao tornar acessíveis os conhecimentos baseados em evidências científicas sobre a avaliação da SAA (identificação dos sinais e sintomas e de instrumentos facilitadores dessa avaliação), seja possível realizar, de maneira adequada, um plano de cuidado com qualidade e segurança para o paciente, prevenindo assim complicações decorrentes da SAA, sobretudo as mais graves.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2. 1. TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA E TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, o DSM 5, (American Psychiatric Association, 2014) estabelece que o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando o uso contínuo de substância pelo indivíduo, apesar dos problemas significativos relacionados a essa substância. Pode-se afirmar que uma característica importante do TUS é uma alteração básica nos circuitos cerebrais (American Psychiatric Association, 2014). Esses circuitos cerebrais compreendem o sistema de recompensa cerebral (localizado no *nucleus accumbens*), a região envolvida com a motivação, o circuito responsável pela memória e aprendizagem e o responsável pelo controle e planejamento. Com referência ao sistema de recompensa cerebral, pode-se afirmar que todas as substâncias de abuso, de forma direta ou indireta, aumentam os níveis de dopamina no *nucleus accumbens*, e essa estimulação produz sensação de prazer (ALMEIDA; BRESSAN; LACERDA, 2011).

Essa alteração nos circuitos cerebrais pode persistir após a desintoxicação, especialmente em indivíduos com transtornos graves. A gravidade do TUS pode ser classificada em leve, moderada ou grave de acordo com a quantidade de critérios de sintomas confirmados. A mudança da gravidade ao longo do tempo indica a redução ou o aumento na dose e/ou na frequência do uso da substância, confirmada pelo relato do próprio indivíduo e de outras pessoas cientes do caso, de observações do clínico e exames biológicos (American Psychiatric Association, 2014). Entre os diversos Transtornos por Uso de Substâncias está o Transtorno por Uso de Álcool (TU Álcool), que é definido por um agrupamento de sintomas comportamentais e físicos, os quais podem incluir abstinência, tolerância e fissura. Em decorrência de cada um desses sintomas, sabe-se que indivíduos com TU Álcool podem continuar a

consumir a substância apesar do conhecimento de que o consumo contínuo representa problema significativo de ordem física, psicológica, social ou interpessoal (American Psychiatric Association, 2014). O TU Álcool é um grave problema de saúde pública, sendo um dos transtornos mentais mais prevalentes na sociedade. Trata-se de uma patologia de caráter crônico, e responsável por inúmeros prejuízos clínicos, sociais, trabalhistas, familiares e econômicos. Esse transtorno está também frequentemente associado a situações de violência, acidentes de trânsito e traumas (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

A ingestão repetida de doses elevadas de álcool pode afetar praticamente todos os sistemas de órgãos, especialmente o trato gastrointestinal, o sistema cardiovascular e os sistemas nervosos central e periférico. Dos efeitos gastrointestinais temos, por exemplo, cirrose hepática e/ou pancreatite que atinge aproximadamente 15% dos indivíduos que ingerem álcool em grandes quantidades. Quanto aos efeitos no sistema cardiovascular, a hipertensão leve é a condição associada mais comum. A neuropatia periférica pode ser evidenciada por fraqueza muscular, parestesias e diminuição da sensibilidade periférica. Efeitos mais persistentes sobre o sistema nervoso central incluem déficits cognitivos, grave comprometimento da memória e alterações degenerativas do cerebelo (American Psychiatric Association, 2014).

Esses dados clínicos estão também descritos por Edwards, Marshall e Cook (2005), que orientam verificar a presença de problemas com bebida quando o paciente chega ao hospital geral com: hepatite/cirrose, hipertensão, apoplexia, arritmias cardíacas/fibrilação atrial, cardiomiopatia, pneumonia e tuberculose, miopatia, osteoporose, convulsões, síndrome de Wernicke-Korsakoff, acidentes, psoríase e eczema resistentes e anemia/Média de Volume Corpuscular aumentada. Os mesmos autores alertam que todo paciente, independentemente dos motivos relatados para procurar o hospital, deve ser interrogado a respeito de hábitos de ingestão de bebida alcóolica.

2.2. DADOS EPIDEMIOÓGICOS

A cada ano, cerca de 2 bilhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, o que corresponde a aproximadamente 40% da população mundial acima de 15 anos (ANDRADE; ANTHONY; SILVEIRA, 2009). Em janeiro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou um relatório no qual afirma que, em todo o mundo, 3 milhões de mortes por ano resultam do uso nocivo do álcool, representando 5,3% de todas as mortes. Este mesmo relatório alertou que aproximadamente 13,5% do total de mortes na faixa etária de 20 a 39 anos estão relacionados ao álcool.

No Brasil, os dados apresentados pelo II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD (LARANJEIRA, et al., 2014) mostraram que a proporção de abstinentes de uso de álcool na população geral entre 2006 e 2012 apresentou pequena variação: em 2006 era de 48% da população total e em 2012 ficou em 50%. Embora a prevalência de bebedores não tenha apresentado mudanças significativas nesse levantamento, foi possível observar mudanças importantes na quantidade e na rotina do tipo de consumo: por exemplo, em 2006, 29% dos não abstêmios declaravam beber até 5 doses ou mais em uma ocasião regular de consumo de bebida alcóolica, e já em 2012 esse percentual elevou-se para 39%. Além disso, observou-se um crescimento significativo na frequência do consumo, pois em 2006 42% da população de não abstêmios declararam beber pelo menos 1 vez por semana, e em 2012, 53% dessa mesma população (não abstêmios) declararam beber pelo menos 1 vez por semana, representando assim um aumento considerável no consumo de álcool nessa população.

Esses dados são alarmantes, pois sabe-se que, quanto maiores a quantidade e a frequência do consumo de álcool, maiores as chances de seu consumo gerar problemas na saúde física e mental, bem como nas relações pessoais, laborais e com a justiça. Quando esse consumo se mostra prejudicial na vida do indivíduo, frequentemente gera demandas importantes para o setor saúde, especialmente quando em decorrência da gravidade dos problemas clínicos.

2.3. POLÍTICAS PÚBLICAS

Nesse contexto, o estabelecimento de Políticas Públicas alinhadas ao redirecionamento do modelo assistencial em Saúde Mental, defendido pela Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216/2001), traz como principal eixo orientador “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, incluindo os indivíduos com problemas relacionados ao consumo de substâncias. Assim, enquanto política pública setorial, a Política Nacional de Saúde Mental coordenada pelo Ministério da Saúde do Governo Federal definiu diretrizes e estratégias a serem adotadas no país para organizar a assistência às pessoas com necessidades de Atenção em Saúde Mental, abrangendo a assistência a pessoas com quadro de transtornos relacionados a substâncias, que, conforme o DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014), está dividido em Transtornos por Uso de Substância e Transtornos Induzidos por Substância.

A Lei 11.343 (2006), dentro da Política sobre Drogas, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, que prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico de drogas, além de definir crimes e dar outras providências. Essa Lei diferencia usuário de traficante e estabelece critérios para as penas previstas. Ademais, no que se refere às atividades de atenção e de reinserção social de usuários ou dependentes de drogas, a Lei descreve como atividades de atenção ao usuário e dependente de drogas e respectivos familiares, para efeito desta Lei, aquelas que visem à melhoria da qualidade de vida e à redução dos riscos e dos danos associados ao uso de drogas.

Dentro da Política Nacional de Saúde Mental, a Portaria 3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo pessoas

com quadro de uso nocivo e dependência de substâncias psicoativas. A Rede integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

Cabe ressaltar que todo esse modelo de Política de Saúde Mental vem sofrendo um movimento de desmonte nos últimos anos. Em dezembro de 2017 o Governo lançou a Portaria Nº 3.588 que dispõe sobre alterações na RAPS, a qual alterara a Política de Saúde Mental, enfraquecendo os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, incorporando dentro da RAPS outros dispositivos que seguem a linha manicomial, como, por exemplo, o hospital psiquiátrico especializado, bem como a sinalização de ampliação de financiamento de Comunidades terapêuticas para usuários de drogas, sem que outros dispositivos sejam fortalecidos.

Já em de março de 2018, o Governo aprovou a Resolução 01/2018 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). Essa Resolução tem como eixo a defesa do modelo de abstinência e das comunidades terapêuticas. E, em dezembro de 2020, o governo quer revogar mais de 100 portarias sobre saúde mental editadas entre 1991 e 2014, o que levaria ao fim vários Programas do SUS e comprometeria gravemente a RAPS. Algumas mudanças propostas pelo Ministério da Saúde incluem revogar o programa de reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar no SUS; criar Ambulatórios Gerais de Psiquiatria, unidades especializadas em emergência psiquiátrica e moradias assistidas; revogar portarias que criam as equipes de Consultório de Rua e portarias que estabelecem procedimentos ambulatoriais, além de rever o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS.

É preciso estar atento e nos manifestarmos enquanto profissionais da saúde, pois esses movimentos representam um retrocesso, uma tentativa de retorno ao modelo psiquiátrico hospitalocêntrico, asilar e centralizador. Ademais, o mais preocupante de tudo isto é que não houve debate nos âmbitos institucionais e sociais pertinentes acerca destas propostas, bem diferente de como as decisões anteriores que resultaram na Política de Saúde Mental, decisões estas que foram

tomadas de maneira democrática, com participação social e com respeito às instâncias de controle social e colegiados gestores.

Considerando a RAPS tal qual ela ainda está funcionando, sabe-se que todos os setores de saúde são receptores de pessoas em busca de tratamento das consequentes alterações de saúde provocadas pelo consumo prejudicial de substâncias psicoativas (LUIS et al., 2016). Assim, o atendimento à pessoa que está sofrendo algum problema de saúde em decorrência do TU Álcool poderá ser realizado em diferentes serviços da rede de saúde, embora, dependendo de suas condições clínicas bem como da gravidade da intoxicação, o serviço de atendimento no hospital geral possa ser o mais indicado para o seu atendimento.

2.4. O TU ÁLCOOL NO HOSPITAL GERAL

Em um estudo epidemiológico sobre internações hospitalares por transtornos por uso de substâncias psicoativas, realizado em 2002, os autores obtiveram dados junto a hospitais e clínicas psiquiátricas de todo o Brasil, no período de 1988 a 1999, sendo o álcool o responsável por cerca de 90% de todas as internações hospitalares (GALDURÓZ; CAETANO, 2004). Uma revisão integrativa mais atual (2016) descreve que, em serviços de emergência em saúde, identificou-se que de 24% a 31% dos usuários apresentaram uso nocivo de álcool, e que nos atendimentos aos pacientes que sofreram traumatismos chega a 50% dos pacientes atendidos. (PONCE et al., 2016).

Como consequência da variedade de problemas de saúde acarretados pelo TU Álcool, torna-se comum o atendimento de pacientes com esse transtorno nos hospitais gerais, fazendo com que a prática assistencial para essa população seja frequente entre os enfermeiros de setores clínicos e cirúrgicos (VARGAS; LABATE, 2006). Com o aumento da demanda de cuidados aos pacientes dessa especificidade para a equipe de enfermagem, o investimento na capacitação para abordagem de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool deveria ter aumentado. Em estudo qualitativo realizado com enfermeiros de Centro de Atenção Psicossocial no

município de São Paulo foi constatado que 68,8% dos sujeitos informaram não possuir formação específica sobre álcool e outras drogas, e quando se analisou a formação, na graduação em Enfermagem, de questões relacionadas às substâncias psicoativas, 93,8% negaram ter recebido qualquer tipo de preparo na área (VARGAS; DUARTE, 2011).

Dentro desse contexto, salienta-se a importância em ter conhecimento clínico apropriado para atender a essas demandas em diferentes serviços de saúde, nas variadas especialidades, pois as pessoas que buscam atendimento por diferentes demandas podem, ou não, informar sobre os hábitos de consumo de álcool. Dessa maneira, a equipe de enfermagem deve estar atenta para avaliar o consumo de álcool, pois é comum observar que entre as pessoas que fazem uso repetido e prolongado de álcool, sugerindo algum transtorno relacionado ao seu consumo, poderão surgir sintomas de menor ou maior gravidade após a sua interrupção ou redução.

2.5. A SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA E CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Entre as principais complicações geradas pela interrupção abrupta do uso de álcool por pessoas com TU Álcool, está a Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA). Essa síndrome se caracteriza por um conjunto de sinais e sintomas que surgem já nas primeiras 6 horas após a diminuição ou a interrupção do uso de álcool, sendo o tempo e a intensidade desse uso diretamente proporcionais à gravidade da sua apresentação. Além disso, a SAA tem curso flutuante e autolimitado, com pico de duração de 24 a 48 horas após o início dos sintomas, podendo durar de 5 a 7 dias (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

A gravidade da SAA pode ser classificada nos níveis leve/moderado (p. ex., leve agitação psicomotora, tremores finos de extremidades, sudorese discreta, cefaleia, náuseas sem vômitos e sensopercepção inalterada) e grave (p.ex., agitação psicomotora intensa, com tremores generalizados, sudorese profusa,

cefaleia, náuseas com vômitos, sensibilidade visual intensa e quadros similares a crises convulsivas ou história de crises convulsivas progressas) (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). Essa classificação auxilia a equipe assistencial a executar um plano de cuidados adequados às necessidades manifestadas conforme o quadro clínico.

Os cuidados em saúde nas situações de SAA estão consagrados em vários protocolos assistenciais, que, em linhas gerais, recomendam que desde a chegada do paciente ao serviço de saúde é importante manter uma atitude acolhedora, empática e sem preconceitos, pois esta fase é um momento propício para motivar o paciente a dar seguimento no tratamento do TU Álcool. Além disso, é importante manter o paciente e seus familiares informados sobre os procedimentos a serem adotados e as possíveis evoluções do quadro, isto porque se trata de uma ação fundamental para o estabelecimento de vínculo e confiança entre estes e o profissional de saúde (LARANJEIRA et al., 2000).

Nesse contexto, a atuação da equipe de enfermagem é de extrema importância, já que são necessárias tomadas de decisão relacionadas ao manejo dos sintomas da SAA para aliviar os desconfortos, além de proporcionar cuidados referentes às necessidades humanas básicas e o uso de medicações e cuidados decorrentes de eventuais comorbidades clínicas e psiquiátricas relacionadas a cada caso.

No entanto, embora se saiba que a detecção precoce e o tratamento da SAA possam reduzir substancialmente a morbidade e a mortalidade relacionadas ao álcool, apenas 3,3% dos pacientes atendidos em hospital universitário (hospital geral) recebem recomendação médica específica de tratamento (RAMOS et al., 2002).

Em um estudo realizado no setor de emergência de um Centro médico do sudeste dos EUA, no qual está citado que o TU Álcool responde por até 62% das consultas nos setores de emergência daquele país, os autores sugerem que a triagem e o tratamento da SAA precoces alterariam a necessidade de encaminhamentos dos pacientes a setores como o Centro de Terapia Intensiva,

confirmando assim a importância da colaboração contínua da equipe de enfermagem e de suas lideranças na avaliação e manejo (GLANN, 2019).

Um estudo realizado no Brasil sobre a SAA destaca que, entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, a formação específica sobre álcool e outras drogas ainda é insuficiente (PONCE et al, 2016). A equipe de enfermagem é a que permanece por mais tempo nos serviços, podendo assim estabelecer pontes com o intuito de promover vínculos entre os demais profissionais e os pacientes, e fazer uma avaliação mais integral do estado e evolução dos pacientes (LUIS et al, 2016).

Dentre os instrumentos validados para avaliar adequadamente a SAA e subsidiar a tomada de decisão do seu manejo, tem-se a escala Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar) que traz resultados consistentes na clínica. Essa é a escala utilizada na unidade de internação na qual eu trabalho e é amplamente utilizada para evitar ou minimizar danos da SAA. A escala CIWA-Ar é uma ferramenta com uma lista de 10 sinais e sintomas que é rápida, necessitando de 2 a 5 minutos para sua aplicação. As categorias avaliadas na CIWA-Ar incluem agitação, ansiedade, distúrbios auditivos, orientação e alteração do sensorio, cefaleia, náusea e vômito, sudorese paroxística, distúrbios táteis, tremor e distúrbios visuais (McKinley, 2005). As pontuações na CIWA-Ar variam de 0 a 67. O escore final classifica a SAA em leve, moderada e grave, fornecendo subsídios para o planejamento do cuidado mais adequado (RIDDLE et al., 2010).

A escala CIWA-Ar serve como uma “guia” na avaliação da SAA e de como ela se apresenta na clínica do paciente. Uma vez que o paciente procura um serviço de saúde e lá mesmo interrompe o uso de bebida alcoólica, a SAA poderá surgir. A equipe de saúde e de enfermagem deve estar preparada para a identificação de sintomas precoces, pois isto é determinante para evitar maiores danos à saúde do paciente. Dessa forma, se a equipe de enfermagem tomar conhecimento dos itens avaliados e souber aplicar a escala CIWA-Ar, a SAA poderá ser avaliada de maneira adequada, tornando possível mensurar a sua gravidade e conseqüentemente adequar os cuidados necessários, inclusive na administração de medicações prescritas pelo médico.

A descrição da utilização da escala CIWA-Ar demonstra que os enfermeiros de unidades de internação não especializada no tratamento de TU Álcool podem ser instrumentalizados para avaliar e manejar a SAA, mediante o uso de escala e conhecimentos específicos da área, para realizar cuidados em saúde e administrar medicamentos psicotrópicos com maior precisão em consonância com protocolos assistenciais.

Frente a essas constatações, observou-se a necessidade de organizar um curso de capacitação sobre a avaliação e o manejo da SAA para profissionais de enfermagem que atuam em hospital geral.

A necessidade de capacitação na área para esse público é identificada em muitos estudos (VARGAS, 2005, 2011, 2013; PONCE et al. 2016), entretanto, a forma de capacitação desses profissionais é pouco estudada. Assim, para estruturar uma proposta de elaboração de capacitação é preciso levar em conta o cenário de inserção desses profissionais, o seu conhecimento sobre o tema e a especificidade dos pacientes a serem atendidos. Além disso, é preciso pensar em instrumentos para o desenvolvimento didático do treinamento, como slides, vídeos, estudos de caso, entre outros (PONCE et al, 2016).

2.6. POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Dentre as possibilidades de realizar atividades de educação em serviço, na modalidade de cursos de capacitação, tem-se o recurso da modalidade de Educação a Distância (EaD). A EaD é uma alternativa frente à crescente demanda apresentada nos ambientes de ensino, bem como em ambientes profissionais. A EaD tem-se consolidado ao longo de sua existência e demonstrado várias vantagens, desde a flexibilidade no acesso à aprendizagem, à oportunidade de formação adaptada às exigências atuais das organizações e à possibilidade de uma aprendizagem mais personalizada, respeitando o tempo e a autonomia de cada indivíduo (MOTA, 2006). Além disso, outra vantagem identificada é o alcance de um público maior em menor tempo.

Assim, entende-se que o curso EaD permite que o profissional de saúde entre em contato com o conteúdo didático necessário de forma lúdica, adaptável ao seu horário de trabalho e aproximando-o de outros setores, auxiliando também o profissional a tomar conhecimento de outras práticas que possam ser úteis no seu ambiente de trabalho. Pode acontecer que em uma determinada área da enfermagem o profissional não reconheça, a princípio, a necessidade de ter informações acerca do tema da adição, porém, ao aproximar-se do tema, poderá encontrar a utilidade durante a sua prática de cuidado. Isto porque, o tema da adição se mostra como assunto transversal a todas às demais especialidades da saúde e enfermagem.

Dentro da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), que foi instituída por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004 e teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, é importante reconhecermos o conceito de educação na saúde, que, conforme o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), é a produção e sistematização de conhecimento relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular. Ela também é conhecida como educação no trabalho e apresenta duas modalidades: educação continuada e educação permanente em saúde (BRASIL, 2018).

O Quadro 1 apresenta as principais características de ambas as modalidades de educação no trabalho de forma resumida.

Quadro 1 – Principais características da Educação Continuada x Educação Permanente

Educação continuada	Educação permanente
O conhecimento define práticas.	Trabalha com a transformação de práticas.
Atualização de conhecimentos específicos.	Fortalece a qualificação profissional dos trabalhadores da área da saúde para transformar as práticas em saúde. Parte da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho.
Os cursos são padronizados e pré-definidos quanto ao conteúdo e carga horária.	Atividades são construídas de maneira ascendente, com análise crítica e compartilhamento de experiência.
Abrange atividades de ensino após a graduação para adquirir novas informações e/ou atividades de duração definida.	Existe articulação com o sistema (atenção – gestão – educação – controle social), que implicam acompanhamento e apoio técnico.
O saber científico é passivo.	A aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “façam sentido” para as pessoas envolvidas (aprendizagem significativa).

Fonte: Osório, 2020.

O Ministério da Saúde define a Educação Permanente em Saúde como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar estão incorporados no cotidiano das organizações e no trabalho. A Educação Permanente em Saúde baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar práticas profissionais (BRASIL, 2018).

O curso de capacitação EaD sobre Síndrome de Abstinência Alcoólica para a equipe de enfermagem pode entrar perfeitamente tanto no plano de Educação Permanente como de Educação continuada da instituição que o promova. Dadas às características deste curso proposto, reconhecemos que ele apresenta um delineamento eminentemente de Educação continuada, mas que tem aspirações de ser incorporação como tecnologia para subsidiar processo de educação permanente

na instituição, a partir do alinhamento de outras modalidades de educação e discussão para qualificar a assistência.

No entanto, cabe ressaltar que a ideia do curso é oriunda de uma necessidade observada no campo do trabalho e que a longo prazo essa capacitação visa modificar práticas, em benefício aos pacientes com TU Álcool atendidos em unidade de Hospital Geral.

3. OBJETIVOS

3.1 GERAL

Elaborar um roteiro de curso para capacitação em avaliação e manejo dos sintomas de abstinência alcoólica na modalidade EaD para a equipe de enfermagem de hospital geral.

3.2 ESPECÍFICOS

Realizar levantamento bibliográfico em publicações dos últimos 10 anos.

Organizar o conteúdo do curso conforme o referencial de Tipologias de Aprendizagem.

Realizar a avaliação do conteúdo do curso com especialistas na área da adição e na área clínico cirúrgica.

Apresentar um *Storyboard* do curso de capacitação EaD sobre Síndrome de Abstinência Alcoólica para equipe de enfermagem.

4. MATERIAL E MÉTODOS

A presente pesquisa foi estruturada a partir de três componentes principais: levantamento bibliográfico (que foi do tipo revisão narrativa), organização do conteúdo do curso (tendo como referencial as Tipologias de Aprendizagem) e a avaliação do conteúdo do curso (que ocorreu por um painel de especialistas).

Tais componentes serão apresentados detalhadamente nos tópicos abaixo.

4.1 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo narrativa. A pesquisa bibliográfica é constituída por material já publicado, incluindo material impresso, tais como livros, revistas, jornais, teses, dissertações, artigos e anais de eventos científicos, bem como matérias disponibilizadas pela Internet (GIL, 2010).

Na modalidade de pesquisa bibliográfica narrativa busca-se descrever e discutir o estado da arte de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual. Constitui-se de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas científicas, na interpretação e análise crítica pessoal do autor (ROTHER, 2007). Essa modalidade não exige um critério explícito e sistemático para a busca e análise crítica das evidências, não exigindo protocolo rígido.

As revisões narrativas podem contribuir no debate de determinadas temáticas, levantando questões e colaborando na aquisição e atualização do conhecimento em curto espaço de tempo. Assim, essa modalidade de pesquisa vem ao encontro da educação continuada (ROTHER, 2007).

O material bibliográfico pesquisado foi buscado nas bibliotecas setoriais da UFRGS – Escola de Enfermagem e Faculdade de Medicina - e no acervo pessoal da

própria pesquisadora. Também foi pesquisado material em teses, dissertações e artigos científicos extraídos das bases de dados MEDLINE, LILACS, Bireme, PubMed e SciELO, publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol. Além disso, cabe ressaltar que foram incorporadas produções técnicas relevantes para a área, ainda que publicadas há mais de 10 anos. O processo de coleta do material foi realizado de forma não sistemática no período de março de 2019 a outubro de 2020.

Para a pesquisa nas bases de dados, foram utilizados os seguintes descritores indexados: “Alcoolismo”, “Intoxicação alcoólica”, “Síndrome de Abstinência Alcoólica”, “Hospital geral”, “Enfermagem” e “Educação em Enfermagem”.

Os artigos com títulos repetidos foram excluídos. Foram lidos os resumos dos artigos e escolhidos para serem lidos na íntegra os que estivessem relacionados com o tema do projeto. Buscou-se os artigos que abordassem as práticas de cuidado de enfermagem para avaliar e atender indivíduos com TU Álcool em unidades de internação de hospital geral, bem como os demais temas que seriam contemplados no curso.

Foram encontrados 106 artigos que foram primeiramente separados pelas categorias: álcool; álcool e hospital geral; alcoolismo e hospital geral; alcoolismo e enfermagem; alcoolismo, abstinência alcoólica e enfermagem; CIWA-Ar; enfermagem e intoxicação alcoólica, e SAA.

Posteriormente, esses artigos foram distribuídos de acordo com referencial de tipologias de aprendizagem (Conteúdos Atitudinais; Conteúdos Conceituais; Conteúdos Factuais, e Conteúdos Procedimentais), sendo os seus conteúdos agrupados de maneira lógica e inteligível para serem abordados no curso, permanecendo 35 artigos que traziam informações pertinentes para a construção do curso.

4.2 ORGANIZAÇÃO DO CONTEÚDO DO CURSO

Ao término da revisão bibliográfica, foi produzido um roteiro com o conteúdo do curso EaD de acordo com o objetivo do estudo.

A organização do conteúdo do curso foi inspirada em Zabala (1998) que divide os conteúdos em Tipologias de Aprendizagem, o qual propõe uma tipologia para identificar com maior precisão as intenções educativas. Zabala (1998) afirma que conteúdo de aprendizagem é tudo que se deve aprender para alcançar determinados objetivos, não apenas abrangendo capacidades cognitivas, mas também as demais capacidades. Ou seja, os conteúdos de aprendizagem são todos aqueles que possibilitem o desenvolvimento das capacidades motoras, afetivas, de relação interpessoal e de inserção social.

Conforme Zabala (1998), os conteúdos podem ser tipificados em Factuals, Conceituais, Procedimentais e Atitudinais. Os conteúdos Factuals exigem estratégias simples de ensino, como a repetição ou memorização, porque se constituem de fatos como nomenclatura, localização, classificação, quantificação, um fato determinando num determinado momento, etc. Os conteúdos Conceituais se referem ao que se deve saber, entendendo e construindo a partir dos fatos e procedimentos.

Já um conteúdo Procedimental inclui, entre outras coisas, regras, técnicas, métodos, destrezas ou habilidades, ações dirigidas para a realização de um objetivo. Isto porque essa categoria de Conteúdos é relativa ao que se deve saber fazer. E, por último, os conteúdos Atitudinais constituem-se de valores, atitudes e normas; esses conteúdos orientam sobre como se deve ser. Os conteúdos atitudinais são configurados por componentes cognitivos (conhecimentos e crenças), afetivos (sentimentos e preferências) e condutuais (ações e declaração de intenção)

Dessa forma, a incorporação dos conteúdos do curso se apoiou nas respostas às três perguntas-chave propostas por Coll (1986) *apud* Zabala, (1998): 1)

O que se deve saber? O que se deve saber fazer? Como deve ser? Com isso, foi possível elencar os temas presentes no conteúdo do curso, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 – Conteúdo do curso elencado conforme as tipologias de aprendizagem

TIPOLOGIAS DE APRENDIZAGEM	CONTEÚDO DO CURSO
Atitudinais	Acolhimento Atitudes da equipe de enfermagem com o paciente alcoolista Relacionamento equipe de enfermagem – paciente
Factuais	Álcool no mundo Álcool no Brasil Prevalência de alcoolismo em hospital geral
Conceituais	Conceito de álcool Conceito de TUS Conceito de TU Álcool Fatores de risco para o TU Álcool Identificação do paciente que tem problemas com uso de álcool Conceito de SAA Descrição detalhada dos sinais e sintomas da SAA Descrição das complicações da SAA Outras questões a serem investigadas
Procedimentais	Prevenção da SAA Instrumentos facilitadores de avaliação/ Escala CIWA-Ar Cuidados de enfermagem: prevenção da SAA Cuidados de enfermagem: manejo da SAA

Fonte: Osório, 2020.

Após a descrição de todo o conteúdo do curso, foram apresentados casos clínicos inspirados na experiência profissional da autora, ilustrativos sobre o tema, com o objetivo de oportunizar aos participantes (profissionais) espaço para reflexão da aprendizagem quanto aos conhecimentos, habilidades e atitudes relacionados ao cuidado do indivíduo em SAA. Após a conclusão do curso, foi apresentada uma verificação de aprendizagem do conteúdo, mediante questionário de múltipla escolha que contempla a revisão de conceitos e cuidados em saúde e enfermagem referentes à SAA.

4.3 AVALIAÇÃO DO CONTEÚDO DO CURSO

Nesta etapa foi realizado um painel de especialistas. No projeto, estava previsto que seriam convidados cinco profissionais, sendo três especialistas da área de adição, um professor-pesquisador, dois profissionais da assistência com reconhecimento do trabalho na área, e dois profissionais da área clínico-cirúrgica. Entretanto, no andamento da organização dos conteúdos do curso, observou-se a necessidade de incorporar a avaliação de um profissional especialista em formação de EaD.

Sendo assim, para esse painel foram convidadas: uma enfermeira especialista em adição, uma enfermeira especialista em área clínico-cirúrgica, uma professora de enfermagem com experiência em EaD, uma psiquiatra professora-pesquisadora especialista em adição, uma técnica de enfermagem com experiência em adição e uma técnica de enfermagem com experiência na área clínico-cirúrgica. O critério para a escolha destas profissionais foi o reconhecimento da experiência de cada uma delas, nas suas respectivas áreas de atuação profissional.

O objetivo desta etapa foi qualificar a organização do curso mediante a avaliação desses profissionais quanto ao conteúdo, carga horária, estratégias de aprendizagem (metodologia) e método de avaliação, descrevendo suas impressões acerca do curso de acordo com instrumento elaborado para esta finalidade.

Para isso, posteriormente ao aceite do convite para participação, foram encaminhados a cada um dos seis participantes os seguintes documentos: Roteiro de avaliação do curso (APÊNDICE A), Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), e documento com o conteúdo do curso, incluindo os casos clínicos e questões avaliativas de múltipla escolha (APÊNDICE C). Cada participante teve um período de 7 dias para devolver o material preenchido conforme orientações do instrumento.

Após a leitura, análise e discussão dos materiais, realizada em conversas com o orientador do projeto, foram efetivados ajustes a fim de adequar o conteúdo e organização do curso, visando o seu aperfeiçoamento. Esses ajustes ocorreram contemplando as observações dos avaliadores que mais se repetiram e/ou que, na avaliação da autora em discussão com o orientador, eram necessárias.

Com relação ao conteúdo do curso, foi sugerido que o conteúdo fosse dividido em dois eixos principais, sendo um voltado à Anamnese e o outro à Avaliação e Manejo da SAA quando esta já está instalada. Optou-se por manter o curso com foco na “Avaliação e no Manejo da SAA” direcionado à equipe de enfermagem. Sendo assim, foram excluídos alguns assuntos que seriam abordados inicialmente no curso, como, por exemplo, aspectos da anamnese e os instrumentos de triagem. Entretanto, para assegurar um manejo da SAA seguro, é importante avaliar os riscos do consumo de álcool por um indivíduo, o que requer uma avaliação adequada dos sinais e sintomas manifestados. Dessa maneira, optou-se por apresentar neste curso um instrumento de triagem consagrado na literatura científica para auxiliar o processo de manejo dos casos identificados.

Quanto aos problemas clínicos relacionados ao consumo de álcool, deu-se maior ênfase às complicações diretamente relacionadas à SAA e mais prevalentes conforme sugerido, deixando as demais complicações com informações menos aprofundadas, mas com literatura sugerida nos textos de apoio.

Ainda referente ao conteúdo do curso, devido à importância dos conteúdos atitudinais, destacada pelos avaliadores, esses foram deslocados para o início do curso. Foi destacada também, por um dos avaliadores, a necessidade de especificar se o curso é para enfermeiros ou para técnicos de enfermagem. O curso é direcionado para ambas as categorias profissionais de enfermagem, porém foram sinalizados no conteúdo do curso aqueles cuidados que somente o(a) enfermeiro(a) pode realizar aos pacientes em SAA.

E por fim, tendo em vista a realidade de um enfermeiro de unidade clínico-cirúrgica, foi descrito um passo a passo, sugerindo como proceder a aplicação da Escala CIWA-Ar numa realidade distinta à de uma unidade especializada no cuidado aos pacientes com adição.

Com relação ao tempo previsto para o curso, quase todos os avaliadores consideraram que o tempo previsto de uma hora estava subestimado para a quantidade de conteúdo do curso. O tempo foi ajustado para uma hora e 30 minutos, além do conteúdo ter sofrido alterações, resultando na adequação do tempo ao redirecionamento do foco do curso.

Com relação às estratégias de aprendizagem o termo “alcoolismo leve” foi alterado para “SAA leve” na descrição de um dos casos clínicos. Além disso, os casos clínicos foram distribuídos ao longo do curso conforme sugestão dos avaliadores, além de terem suas descrições alteradas para reduzir o texto e focar nas informações clínicas relevantes.

Com relação ao método de avaliação, as questões de avaliação foram revisadas a partir do questionamento de um avaliador sobre quais seriam as prioridades do curso. Como exemplo, foi retirada uma questão sobre dose-padrão, pois se avaliou que não seria um dado essencial para os objetivos do curso. E foram acrescentadas duas questões para contemplar os conteúdos atitudinais.

Um dos avaliadores sugeriu que os objetivos do curso fossem descritos a partir de cada uma das quatro dimensões trabalhadas no curso. Assim, o Quadro 3 mostra o resultado, já destacando a carga horária atualizada, que contempla a realização das questões de avaliação.

Quadro 3 – Apresentação dos objetivos do curso conforme as tipologias de aprendizagem

MODALIDADE DO CURSO	ENSINO À DISTÂNCIA (EaD)
Objetivo do curso	<p>GERAL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitar os profissionais de enfermagem de unidade não especializada de um hospital geral para avaliação e manejo da SAA. <p>ESPECÍFICOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os profissionais quanto à relevância do alcoolismo no mundo, no Brasil e no hospital geral.

	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever conceitos relacionados ao alcoolismo. - Descrever as principais ações de prevenção e de cuidado ao paciente em Síndrome de Abstinência Alcólica (SAA) no ambiente hospitalar. - Descrever as atitudes que promovem acolhimento e vínculo da equipe de enfermagem com o paciente alcoolista.
Carga horária prevista para realização do curso	Uma hora e 30 minutos

Fonte: Osório, 2020.

Após a organização e descrição dos conteúdos do curso seguindo as tipologias do referencial, foi elaborado o Programa do curso (APÊNDICE D), bem como o *Storyboard* (APÊNDICE E), cuja tradução literal seria “quadro de história”.

O *storyboard* visa representar e detalhar uma ideia provisória, como colocada na proposta deste curso de avaliação e manejo da SAA para a enfermagem, para que uma equipe treinada em EaD possa desenvolvê-la. No caso do EaD, funciona como uma série de cenas que mostram como deverá ser a sequência do curso. (FILATRO, 2008, *apud* GOMES, 2016). O presente *storyboard* foi descrito com a perspectiva de utilizar a técnica de “*video scribe*”, ou como também pode ser chamado, “*whiteboard*”. Este é um tipo de vídeo explicativo, no qual uma mão vai escrevendo com uma caneta ou desenhando para explicar o conteúdo do curso.

Esse *storyboard* vem a ser o produto técnico resultado desse trabalho, ainda que possa ser modificado de acordo com tecnologia virtual utilizada pela instituição de saúde que promova o curso.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Ao aceitar participar da pesquisa, cada especialista participante assinou o TCLE (APÊNDICE B), bem como foi assinado pelo pesquisador responsável, sendo entregue uma cópia para o profissional participante.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CAAE 19999719.4.0000.5327) sob o número de protocolo 3.657.873, em 23/10/2019 (ANEXO 1). Na revisão narrativa foram assegurados os aspectos éticos, respeitando a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores pesquisados, fazendo as devidas citações e referências conforme as orientações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Os riscos associados ao projeto são mínimos e existem devido ao acesso a informações divulgadas no meio científico mediante produção autoral de pesquisadores sobre o tema. Além disso, pode causar desconforto ao participante pelo tempo de resposta do roteiro de avaliação do curso, estimado em aproximadamente uma hora e 30 minutos. Além disso, existe uma possível quebra de confidencialidade devido ao pequeno número de profissionais participantes (especialistas). O presente termo visa garantir a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as etapas da pesquisa.

A participação neste estudo não trará benefício direto ao participante, porém os resultados deste estudo irão qualificar a assistência de enfermagem destinada aos pacientes com problemas relacionados à Síndrome de Abstinência Alcoólica, prevenindo complicações de maior ou menor gravidade.

5. CONTEÚDO DO CURSO

Ao longo do curso serão apresentados quatro casos clínicos. A ideia é propiciar reflexão sobre o tema do curso, exercitando a atenção ao paciente alcoolista e identificando os problemas relacionados ao consumo de álcool. Os casos foram construídos com base em outros casos clínicos e em experiências no trabalho como enfermeira em adição.

Após cada caso clínico, o participante do curso deverá refletir sobre:

- As complicações relacionadas ao consumo de álcool identificados.
- Três cuidados de enfermagem necessários para o paciente.

5.1 ATITUDINAIS

Temas:

- 1. ACOLHIMENTO**
- 2. ATITUDES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE ALCOOLISTA**
- 3. RELACIONAMENTO EQUIPE DE ENFERMAGEM – PACIENTE**

5.1.1 Acolhimento

Ao acolher o paciente é importante demonstrar empatia, evitando ter um comportamento confrontador ou agressivo. Mostre ao paciente que você está disposto a escutá-lo e que entende seus problemas, inclusive a dificuldade de mudar. “A atitude que fundamenta o princípio de empatia pode ser chamada de

aceitação” (MICHELI; FORMIGONI; CARNEIRO, 2014, p. 30), lembrando que aceitação não é concordância ou aprovação.

O acolhimento é um processo essencial das práticas de produção e promoção de saúde. O profissional deve se responsabilizar pelo usuário, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, e fazer uso de uma escuta qualificada. Caracteriza-se especialmente pela escuta sensível, que considera as preocupações do paciente.

A assistência aos usuários de álcool não se diferencia das demais áreas da enfermagem. Portanto, o profissional deve garantir ao paciente assistência integral e contínua, usando boa comunicação e trabalho cooperativo. Cabe ressaltar que a comunicação terapêutica é um valioso instrumento para o profissional de enfermagem desempenhar melhor suas atividades e proporcionar aos pacientes uma melhor qualidade de assistência.

Nesse momento, o profissional de enfermagem deve assumir uma postura empática, acolhedora, clara, disponível e livre de julgamentos, deixando claro ao paciente que o seu objetivo é ajudar a identificar seus padrões de consumo de álcool. O profissional deve reconhecer no paciente uma pessoa que necessita de ajuda, e que essa ajuda deverá ser prestada.

5.1.2 Atitudes da equipe de enfermagem com o paciente alcoolista

Ao cuidar de um paciente que faz uso abusivo de álcool ou que tenha TU Álcool, o profissional da equipe de enfermagem deve ter em mente que suas atitudes irão influenciar no tratamento.

É necessário que o profissional reflita sobre suas crenças, atitudes e seus valores ao interagir com esse paciente.

Crenças: Uma crença é uma ideia que se considera ser verdadeira e pode assumir muitas formas.

Atitudes: Uma atitude é um ponto de referência em torno do qual um indivíduo organiza o conhecimento em relação ao seu mundo. Uma atitude também tem um componente emocional. Ela pode ser um prejulgamento e pode ser seletiva e distorcida por um viés. As atitudes satisfazem à necessidade de encontrar sentido na vida e proporcionam ao indivíduo clareza e consistência.

Valores: Valores são padrões abstratos, positivos ou negativos, que constituem o modo ideal de conduta e metas ideais de um indivíduo.

5.1.3 Relacionamento equipe de enfermagem – paciente

Para o desenvolvimento da relação do profissional de enfermagem com o paciente e conseqüentemente do cuidado, o profissional deve analisar seus sentimentos ao trabalhar com um paciente que faz uso abusivo de álcool, pois o papel que o álcool desempenha na vida desse profissional vai afetar o seu modo de interação com o referido paciente. Ao compreenderem e aceitarem integralmente suas próprias atitudes e sentimentos, os profissionais poderão agir com empatia em relação aos problemas dos pacientes (TOWNSEND, 2002).

Conhecer e compreender a si próprio aumentam a capacidade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias. A autoconsciência exige que um indivíduo reconheça e aceite aquilo a que ele dá valor e aprenda a aceitar a singularidade e as diferenças nos outros.

O paciente com TU Álcool precisa saber que é aceito independentemente dos comportamentos do passado, e a equipe de enfermagem deverá ser capaz de separar o paciente do seu comportamento e de aceitar o indivíduo com consideração positiva incondicional (TOWNSEND, 2002).

Existem condições que são essenciais ao desenvolvimento de uma relação terapêutica, como por exemplo:

Sintonia ou Harmonia

A sintonia implica sentimentos especiais por parte tanto do paciente como do profissional de enfermagem, com base em aceitação, calor, amizade, interesses comuns, um sentimento de confiança e uma atitude não crítica. Travelbee (1971 *apud* Townsend, 2002, p. 77) afirma que estabelecer sintonia é criar um sentimento de harmonia com base no conhecimento e apreciação de cada indivíduo e que a capacidade verdadeira de se importar com os outros é o núcleo básico da sintonia.

Confiança

A confiança não pode ser presumida; ela é conquistada. A confiabilidade é demonstrada por intervenções de enfermagem que transmitem aos pacientes um sentimento de calor humano e de carinho pelos outros. Os exemplos de intervenções de enfermagem que promoveriam confiança em um paciente apresentando pensamento concreto incluem os seguintes:

- Fornecer um cobertor quando o paciente estiver com frio;
- Dar alimento quando o paciente estiver com fome;
- Ser honesta (p. ex., dizer “Não sei a resposta à sua pergunta, mas vou tentar descobrir”, e então fazer isso);
- Apresentar com simplicidade e clareza as razões para orientações, procedimentos e regras;
- Fornecer por escrito um esquema estruturado das atividades;
- Ser consistente na aderência às orientações da unidade.

Respeito

Mostrar respeito é acreditar na dignidade e no valor de um indivíduo, independentemente de seu comportamento inadequado. Rogers (1951 *apud* Townsend, 2002, p. 78) denominava isso olhar positivo incondicional. A atitude é

não crítica e o respeito é incondicional por não depender de que o comportamento do paciente satisfaça certos padrões.

O alcoolismo é, dentre as patologias psiquiátricas, uma das mais rejeitadas, sendo o alcoolista estigmatizado por seu problema (Gil-Merlos, 1985 *apud* Vargas e Labate, 2006).

A equipe de enfermagem pode transmitir uma atitude de respeito por:

- Chamar o paciente pelo nome.
- Passar algum tempo com o paciente.
- Dar tempo suficiente para responder às perguntas e preocupações do paciente.
- Garantir privacidade durante as intervenções terapêuticas com o paciente.
- Considerar, sempre que possível, as ideias, preferências, solicitações e opiniões do paciente em decisões que dizem respeito ao seu plano de cuidados.
- Tentar compreender a motivação subjacente ao comportamento do paciente, independentemente de quão inaceitável ele possa parecer.

Vínculo

O vínculo é processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre profissional e paciente, em uma convivência de ajuda e respeito mútuos. Para que o vínculo aconteça é necessário primeiramente que haja uma aproximação entre paciente e profissional de enfermagem – levando em conta que ambos possuem intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas estão em situação de desequilíbrio: o paciente busca assistência em estado físico e emocional fragilizado, enquanto que o profissional deve estar capacitado para atender e cuidar da sua fragilidade.

Pode-se afirmar que é a atitude mais relevante, já que o vínculo exige todas as demais atitudes para ser construído.

Ao se aproximar do paciente não use rótulos ou jargões como, por exemplo, alcoólatra, drogado, pois isso só intimida e envergonha o paciente, dificultando o estabelecimento de vínculo.

Sempre encoraje o paciente, reforçando sua autoeficácia referente aos comportamentos que ele gostaria de mudar. Você pode dizer que confia nele e que acredita na sua capacidade de mudança.

Um estudo realizado no México teve como objetivo caracterizar as experiências da equipe de enfermagem com pacientes internados com comorbidades clínicas relacionadas ao uso abusivo de bebida alcoólica. Veja se no seu ambiente de trabalho você já escutou alguma dessas frases ou parecidas com essas:

“São pacientes muito difíceis porque chegam muito agressivos, já tivemos casos que chegaram a nos bater, gritar conosco”.

“Já chegou outro bêbado! Aqui te deixo um presentinho!”

Neste mesmo estudo, os autores identificaram nas falas dos participantes atitudes e emoções negativas pelos pacientes alcoolistas, tais como: desconfiança, brabeza, frustração, medo e rechaço. Se por um lado essas atitudes e emoções podem ser resultados do acúmulo de experiências de atenção aos pacientes com quadros agudos de intoxicação, bem como de abstinência alcoólica, por outro pode vir da percepção de que os pacientes alcoolistas apresentam maior reincidência hospitalar devido ao consumo crônico, além de, por vezes, demandarem mais tempo de atenção (SÁNCHEZ-SOLIS; DE SAN JORGE, 2017).

Para refletir:

“Um bêbado” ou uma “bêbada” deixa de ser tantas outras coisas, como, por exemplo, pai ou mãe, trabalhador ou trabalhadora, para ser tão somente bêbado ou bêbada.” (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2014, p.17).

Na sequência do curso, serão apresentados os conteúdos factuais, conceituais e procedimentais que irão dar o suporte teórico para o cuidado de enfermagem com o paciente alcoolista.

5.2 FACTUAIS

Temas:

- 1. ÁLCOOL NO MUNDO**
- 2. ÁLCOOL NO BRASIL**
- 3. PREVALÊNCIA DE ALCOOLISMO EM HOSPITAL GERAL**

5.2.1 Álcool no mundo

Você sabia que o consumo de álcool contribui para 3 milhões de mortes por ano em todo o mundo? Esse número representa 5,3% de todas as mortes no mundo. O álcool também é o principal fator de risco para mortalidade prematura e incapacidade entre as idades de 15 e 49 anos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

5.2.2 Álcool no Brasil

No Brasil, 78,6% da população maior de quinze anos já consumiram bebida alcoólica alguma vez na vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Os dados do II Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira mostram que cerca de 30,1% consumiram pelo menos UMA dose no último mês, representando aproximadamente 46 milhões de habitantes (LARANJEIRA, et al., 2014).

5.2.3 Prevalência de alcoolismo em hospital geral

Com relação à prevalência de pacientes alcoolistas em hospital geral há diversos estudos, mas em grande parte deles os autores mencionam como limitação as falhas e/ou ausências de registro de consumo de álcool nos prontuários dos pacientes.

No Brasil, um estudo realizado em hospital geral teve como resultado mais marcante a subnotificação sobre uso de bebida alcoólica em cerca de 50% dos prontuários. Esse estudo foi repetido duas décadas depois do primeiro, sendo encontrados os mesmos resultados (PECHANSKY, et al., 2004).

Uma investigação realizada no Reino Unido mostrou que aproximadamente 1 em cada 5 pacientes internados em seus hospitais está usando álcool de maneira prejudicial, e 1 em cada 10 é dependente de álcool (ROBERTS, et al., 2019).

Nos Estados Unidos, o alcoolismo responde por até 62% das consultas nos serviços de emergência (GLANN, et al., 2019).

Diferentes estudos mostram que no Brasil essa prevalência não é tão diferente (PRANKE; CORAL, 2017; BOTEAGA, et al., 2010; BACELAR, 2010; RAMOS, et., 2002; ROSA, et al., 1998; PEREIRA, 2017; OLIVEIRA, V.; OLIVEIRA, L., 2006; PONCE, 2016).

O consumo de álcool contribui para uma ampla variedade de resultados adversos à saúde, desde riscos comportamentais, como a condução de veículos após consumo de bebida alcoólica provocando acidentes de trânsito, bem como doenças cardiovasculares e câncer, entre outras. Sendo assim, o atendimento de pacientes alcoolistas em hospitais gerais é bastante comum.

A equipe de enfermagem é a que permanece por mais tempo nos serviços, podendo assim estabelecer pontes com intuito de promover vínculos entre os demais profissionais e pacientes, e fazer uma avaliação integral do estado e

evolução dos pacientes (LUIZ et al, 2016). É a equipe de enfermagem que mantém maior proximidade com as pessoas hospitalizadas, desde a admissão, até a alta, o que lhe possibilita avaliar alterações e evolução, sejam elas orgânicas ou psíquicas.

Dessa forma, faz-se importante que a equipe de enfermagem esteja treinada quanto aos cuidados com os pacientes alcoolistas, especialmente no que tange ao reconhecimento e manejo dos sinais e sintomas da SAA, para assegurar uma assistência em saúde de qualidade para esta população.

5.3 CONCEITUAIS

Temas:

- 1. CONCEITO DE ÁLCOOL**
- 2. CONCEITO DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA (TUS)**
- 3. CONCEITO DE TRANSTORNO POR USO DE ÁLCOOL (TU
ÁLCOOL)**
- 4. FATORES DE RISCO PARA O TU ÁLCOOL**
- 5. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE QUE TEM PROBLEMAS COM USO
DE ÁLCOOL**
- 6. CONCEITO DE SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (SAA)**
- 7. DESCRIÇÃO DETALHADA E ILUSTRADA DOS SINAIS E
SINTOMAS DA SAA**
- 8. DESCRIÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA SAA**
- 9. OUTRAS QUESTÕES A SEREM INVESTIGADAS**

5.3.1 Conceito de álcool

O álcool é uma substância natural, formada pela reação do açúcar em fermentação com esporos de leveduras. Embora haja muitos alcoóis, os tipos nas bebidas alcoólicas são produzidos pelo uso de diferentes fontes de açúcar para o processo de fermentação. As bebidas destiladas derivam seu nome da concentração adicional do álcool por um processo denominado destilação.

O álcool exerce um efeito depressor sobre o SNC, ocasionando alterações comportamentais e afetivas. Os efeitos do álcool sobre o SNC são proporcionais à concentração alcoólica sanguínea. Outros fatores influenciam efetivamente esses efeitos, como o tamanho do indivíduo e a presença ou não de alimento no estômago por ocasião do consumo de álcool.

Cerca de 20% de uma dose única de álcool são absorvidos direta e imediatamente pela corrente sanguínea através da parede do estômago. O sangue o leva diretamente ao cérebro, onde o álcool age sobre as áreas centrais de controle do cérebro, tornando mais lenta ou deprimindo a atividade cerebral. Os outros 80% de álcool de uma dose são apenas processados mais lentamente pelo trato intestinal superior e passam à corrente sanguínea. Somente alguns momentos após ter sido consumido o álcool pode ser encontrado em todos os tecidos, órgãos e secreções do corpo (TOWNSEND, 2002).

Conteúdo alcoólico

O conteúdo alcoólico varia com o tipo de bebida. A seguir, na Figura 1 constam alguns exemplos:

Figura 1 - Equivalência da quantidade de álcool em diferentes bebidas, em termos de dose-padrão.

					
	40 ml	85 ml	140 ml	340 ml	600 ml
Volume e tipo de bebida	de pinga, Uísque ou vodka	de vinho do Porto, vermute ou licores	de vinho de mesa	(1 lata) de cerveja ou chope	(1 garrafa) de cerveja contém quase 2 doses
Com gradação alcoólica de cerca de:	40%	28%	12%	(com gradação alcoólica de cerca de 5%)	

Fonte: <http://aberta.senad.gov.br/medias/original/201612/20161213-100646-002/pagina-02.html>

5.3.2 Conceito de Transtorno por Uso de Substâncias (TUS)

O Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) consiste na alteração de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. O indivíduo segue usando a substância apesar dos problemas relacionados a ela (American Psychiatric Association, 2014).

Nos indivíduos com TUS ocorre alteração no Sistema de Recompensa Cerebral, área responsável pela motivação, memória, aprendizagem, controle e planejamento (American Psychiatric Association, 2014).

Todas as substâncias de abuso aumentam os níveis de dopamina, que é o principal neurotransmissor no sistema de recompensa cerebral, produzindo sensação de prazer (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Os efeitos de uma substância dependem de três elementos:

1. Suas propriedades farmacológicas, podendo ser estas estimulantes, depressoras ou perturbadoras;

2. O indivíduo que faz uso da substância, suas condições físicas e psíquicas, incluindo suas expectativas;
3. O ambiente e o contexto de uso dessa droga: as companhias, o lugar de uso e o que representa esse uso socialmente. (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2014)

Propriedades farmacológicas:

- Depressoras: Drogas que diminuem a atividade mental, diminuindo a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. Exemplos: ansiolíticos (tranquilizantes), álcool, inalantes (cola) e narcóticos (morfina, heroína).
- Estimulantes: Drogas que aumentam a atividade mental. Exemplos: cafeína, tabaco, anfetaminas, cocaína e crack. As anfetaminas, assim como os outros estimulantes, costumam ser utilizadas para se obter um estado de euforia, a fim de se manter acordado por longos períodos de tempo ou para diminuir o apetite.
- Perturbadoras: Drogas que alteram a percepção são chamadas de substâncias alucinógenas (ou psicodislépticas). Exemplos: LSD, ecstasy, maconha e outras substâncias derivadas de plantas ou cogumelos.

O DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) classifica a gravidade do TUS em leve, moderada ou grave de acordo com a quantidade de critérios de sintomas confirmados, e estabelece 11 critérios diagnósticos para o TUS, divididos em quatro grupos: baixo controle sobre o uso da substância, prejuízo social, uso arriscado da substância e farmacológicos.

ATENÇÃO: se você quiser saber mais sobre esses critérios diagnósticos acesse sugestões de bibliografia disponíveis no Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle no tópico material para leitura! (acesse o link: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>)

5.3.3 Conceito de Transtorno por Uso de Álcool (TU Álcool)

Entre os diversos Transtornos por Uso de Substâncias está o Transtorno por Uso de Álcool, que é definido por um agrupamento de sintomas comportamentais e físicos, os quais podem incluir abstinência, tolerância e fissura. Em decorrência de cada um desses sintomas, sabe-se que indivíduos com TU Álcool podem continuar a consumir a substância, apesar do conhecimento de que o consumo contínuo representa problema significativo de ordem física, psicológica, social ou interpessoal (American Psychiatric Association, 2014).

Abstinência = caracteriza-se por sintomas de abstinência que se desenvolvem aproximadamente 4 a 12 horas após a redução do consumo que se segue a uma ingestão prolongada e excessiva de álcool; este conceito será visto com mais detalhes logo adiante;

Tolerância = necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito, ou diminuição do efeito do álcool com as doses anteriormente ingeridas;

Fissura = indicada por um desejo intenso de beber, o qual torna difícil pensar em outras coisas e frequentemente resulta no início do consumo.

O TU Álcool é um grave problema de saúde pública, sendo um dos transtornos mentais mais prevalentes na sociedade. Trata-se de uma patologia de caráter crônico responsável por inúmeros prejuízos clínicos, sociais, trabalhistas, familiares e econômicos. Esse transtorno está também frequentemente associado a situações de violência, acidentes de trânsito e traumas (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

O TU Álcool apresenta um curso variável, caracterizado por períodos de remissão e recaídas. Uma decisão de parar de beber, frequentemente em resposta a uma crise, tende a ser seguida por um período de semanas ou meses de abstinência, em geral seguido por períodos limitados de consumo controlado e não problemático.

Contudo, assim que a ingestão de álcool é retomada, é muito provável que o consumo aumente rapidamente e que voltem a ocorrer problemas graves. (American Psychiatric Association, 2014).

O DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) define o TU Álcool como um padrão problemático de uso de álcool, que leva a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool.
5. Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.
8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9. O uso de álcool é mantido, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: a) Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado; b) Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: a) Síndrome de abstinência característica de álcool; b) Álcool (ou uma substância

estritamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Desafio 1

Um homem de 28 anos bebe regularmente há 12 anos. Mantém seu emprego como motorista de caminhão, mas às vezes bebe para “dirigir alto” para cumprir prazos. Conflitos com a esposa. Nega aumento da ingestão de bebida alcoólica, mas afirma já não ficar tão bêbado como costumava com a mesma quantidade de álcool.

Qual dos seguintes fatores da sua história é o MAIS específico para TU Álcool:

- a) Dirigir embriagado.
- b) Conflitos conjugais.
- c) Não ficar tão intoxicado facilmente como no passado.
- d) História de 12 anos regulares de uso de álcool.

RESPOSTA COMENTADA: a resposta correta é a letra c (Não ficar tão intoxicado facilmente como no passado). Embora dirigir embriagado, conflitos conjugais e problemas profissionais também sejam critérios para abuso de álcool devido às consequências do abuso crônico, o fenômeno da tolerância aparece como principal critério para o TU Álcool, ou seja, “o não ficar tão intoxicado facilmente como no passado” por necessitar de doses cada vez maiores para obter os mesmos efeitos do período de início do consumo.

5.3.4 Fatores de risco para TU Álcool

Os principais fatores de risco podem ser agrupados da seguinte forma:

- 1) Fatores individuais; 2) Fatores ambientais; 3) Drogas.**
- 1) Fatores individuais (biológicos e personalidade):**

Sexo: O corpo feminino tem menor quantidade de água que o masculino, o que determina que, com a mesma quantidade de álcool, a concentração será maior no organismo feminino. Outra particularidade feminina é a menor quantidade da enzima responsável pela primeira etapa de metabolização do álcool no organismo (álcool-desidrogenase - ADH), fazendo com que a mulher atinja maiores concentrações de álcool no sangue e demore mais tempo para metabolizá-lo do que o homem, bebendo quantidades equivalentes.

Idade: “A adolescência é um período de grande risco para envolvimento com substâncias psicoativas” (PECHANSCKY, et al., 2014, p. 68). Quanto mais cedo um jovem inicia o consumo de álcool e/ou outras drogas, maiores são as chances de se tornar dependente

Herança genética: 40 a 60% da variação no risco são explicados por influências genéticas. Filhos biológicos de indivíduos com transtorno por uso de álcool, mesmo quando adotados por pais sem o transtorno, têm o risco 3 a 4 vezes maior de desenvolver a doença. A predisposição genética não é determinante para o desenvolvimento do transtorno por uso de álcool. Entretanto, pessoas com história familiar devem ser alertadas de que têm maior risco de desenvolverem um problema semelhante ao dos pais do que a população em geral.

Comorbidade psiquiátrica: A cada dois pacientes que buscam tratamento para transtorno por uso de substância pelo menos um tem outro transtorno mental. Cerca de 40% dos pacientes com problemas decorrentes do uso de álcool sofrem de algum transtorno de humor. O uso de substâncias aumenta em 2 a 3 vezes o transtorno de ansiedade, sendo o álcool a substância mais utilizada para diminuição dos sintomas de ansiedade (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Personalidade: Pessoas muito impulsivas têm maiores chances de iniciar precocemente o consumo de álcool e ter problemas mais graves. Além disso, formas inadequadas de enfrentamento de estresse estão relacionadas ao alto consumo de substâncias (American Psychiatric Association, 2014).

2) Fatores ambientais (dinâmicos e diversos):

Ambiente: Os estímulos ambientais podem alterar o risco de usar drogas, conhecido como “condicionamento” ao ambiente. A visão do local onde o usuário costumava fazer uso da substância pode estimular a vontade de usá-la, pois ocorre uma associação entre o ambiente e a memória do efeito da substância (FORMIGONI, et al., 2014). Além disso, o consumo intenso da substância pelas pessoas de maior convívio também pode servir de estímulo ao uso da substância (American Psychiatric Association, 2014).

Políticos e econômicos: A facilidade de acesso ao álcool, incluindo o preço, contribui para o maior consumo de álcool. (American Psychiatric Association, 2014). A falta de implementação de políticas sobre o álcool e de fiscalização em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de idade são fatores agravantes.

3) Drogas (características farmacológicas):

Todas as substâncias capazes de causar euforia ou aliviar a dor têm uma característica em comum: todas atuam de maneira diferenciada no circuito de recompensa, o que resulta na liberação de dopamina (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). Sempre que o circuito de recompensa é estimulado, ele classifica o estímulo como “bom” e envia esses estímulos para áreas do cérebro relacionadas à memória.

Álcool: Atua no SNC, e dependendo da quantidade ingerida causa leve euforia e progressiva sedação. A relação que o indivíduo fará com a bebida alcoólica, como já visto, depende de múltiplos fatores. E nesse processo de aprendizado de maneiras de usar o álcool, é com o surgimento dos sintomas de abstinência que se estabelece uma forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência, pois o indivíduo passa a beber para alívio desses sintomas de abstinência.

Caso clínico 1 (SAA leve)

Apresenta descrição de situação de quadro leve de Alcoolismo leve, revelando quadro clínico com poucas alterações clínicas e alterações do estado mental, ainda com poucos prejuízos sociais relacionados, mas com histórico correlacionado ao consumo de álcool.

Vilson, 38 anos, é casado e tem 2 filhos. Seu pai foi alcoolista. Raramente o pai esteve por perto. Quando presente, o pai geralmente estava alcoolizado e atrapalhava a ocasião. Vilson saiu de casa aos 18 anos. Ao ingressar na faculdade, Vilson começou a sair para beber após a aula. Bebia duas “cervejinhas” e dizia que “não ia dar nada”. Com o tempo passou a beber mais do que duas, e seguiu com este hábito mesmo após terminar a faculdade e começar a trabalhar como advogado em um escritório. Hoje seu chefe lhe avisou que se chegasse mais uma vez atrasado ele seria demitido, e Vilson achou um exagero, uma vez que afirma sempre entregar os relatórios dentro dos prazos estabelecidos. Irritado com o chefe, Vilson saiu do escritório e foi beber. A esposa foi chamada no bar, pois Vilson havia caído e batido com a cabeça. Ao chegar na Emergência, Vilson foi atendido imediatamente. Foi submetido a exames e a sutura no corte na região frontal da cabeça. Quando alerta, Vilson apresenta tremores finos de extremidades, sudorese facial discreta. Está orientado em tempo e no espaço, levemente ansioso. Ao exame clínico, sem outras complicações.

5.3.5 Identificação do paciente que tem complicações com uso de álcool

É muito comum que as complicações clínicas do alcoolismo, ou até mesmo do uso nocivo do álcool, sejam as razões principais pelas quais alguém irá procurar ajuda. Independentemente dos motivos relatados pelo paciente para procurar o hospital, ele deve ser interrogado a respeito de hábitos de ingestão de bebida alcóolica.

A informação quanto ao consumo de bebida alcoólica deve estar registrada e comunicada à equipe que está cuidando do paciente, para facilitar a identificação de se o sintoma apresentado pelo paciente é ou não decorrente desse consumo.

A identificação do comportamento de abuso de bebida alcoólica é o primeiro passo para auxiliar a equipe de enfermagem na avaliação de sinais e sintomas, bem como dos riscos aos quais o paciente com TU Álcool está sujeito, como, por exemplo, quando ele está internado para realizar uma intervenção cirúrgica, pois isso possibilitará prevenir complicações nos períodos pré-operatório, transoperatório e/ou pós-operatório.

Os instrumentos de triagem devem servir como uma ferramenta de trabalho, a fim de identificar a intervenção necessária para a melhoria da condição de saúde e qualidade de vida do paciente e não para rotular o mesmo. Entre os principais instrumentos de triagem para avaliar o uso de álcool estão o CAGE (sigla formada pelas 4 perguntas do teste: Cut down, Annoyed, Guilty e Eye-opener) o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) e o AUDIT SHORT (AUDIT-C). Neste curso veremos o AUDIT SHORT.

AUDIT SHORT (AUDIT-C)

É um teste rápido que pode auxiliar na identificação do padrão de consumo, abusivo ou sugestivo de dependência de álcool. Esta versão modificada e mais simples do AUDIT, tem o intuito de facilitar a incorporação desta avaliação pelos profissionais nos serviços de saúde. Veja o teste na Figura 2.

Figura 2 – Teste AUDIT-C.

FORMULÁRIO AUDIT-C

1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

- a) Nunca
- b) Mensalmente ou menos
- c) De 2 a 4 vezes por mês
- d) De 2 a 4 vezes por semana
- e) 4 ou mais vezes por semana

2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?

- a) 1 ou 2
- b) 3 ou 4
- c) 5 ou 6
- d) 7, 8 ou 9
- e) 10 ou mais

3. Com que frequência você toma seis ou mais doses de uma vez?

- a) Nunca
- b) Menos do que uma vez ao mês
- c) Mensalmente
- d) Semanalmente
- e) Todos ou quase todos os dias

Fonte: NUTE/UFSC, 2016.

PONTUAÇÃO

Realizada em uma escala de 0 a 12 pontos.

Cada pergunta do instrumento tem cinco opções de resposta, possibilitando uma pontuação de 0 a 4 em cada: a = 0 pontos, b = 1 pontos, c = 2 pontos, d = 3 pontos, e = 4 pontos.

Para homens, a pontuação de 0 a 3 é considerada de baixo risco; entre 4 e 5 pontos, risco moderado; entre 6 e 7 pontos, alto risco e de 8 a 12 pontos, risco severo.

Para mulheres, pontuação de 0 a 2 é considerada de baixo risco; entre 3 e 5 pontos, risco moderado; entre 6 e 7 pontos, alto risco e de 8 a 12 pontos, risco severo.

5.3.6 Conceito de Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

A SAA indica a existência de dependência alcoólica. Trata-se de um conjunto de sinais e sintomas que surgem já nas primeiras 6 horas após uma redução parcial ou total da dose, voluntária ou não, e que variam quanto à intensidade e gravidade. Esses sintomas resultam de um processo de neuroadaptação que ocorre no SNC, e estão relacionados à alteração nos níveis de liberação de noradrenalina e dopamina (LARANJEIRA, et al, 2000). Esses sinais têm características opostas aos efeitos da substância.

A SAA tem curso flutuante e autolimitado, com pico de duração de 24 a 48 horas após o início dos sintomas, podendo durar de 5 a 7 dias.

- Critérios Diagnósticos (conforme DSM-5)
 - A) Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool.
 - B) Dois (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no período de algumas horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de álcool descrita no Critério A:
 1. Hiperatividade autonômica (p. ex., sudorese ou frequência cardíaca maior que 100 bpm).
 2. Tremor aumentado nas mãos.
 3. Insônia.
 4. Náusea ou vômitos.
 5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.
 6. Agitação psicomotora.
 7. Ansiedade.
 8. Convulsões tônico-clônicas generalizadas.
 - C) Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
 - D) Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica, nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.

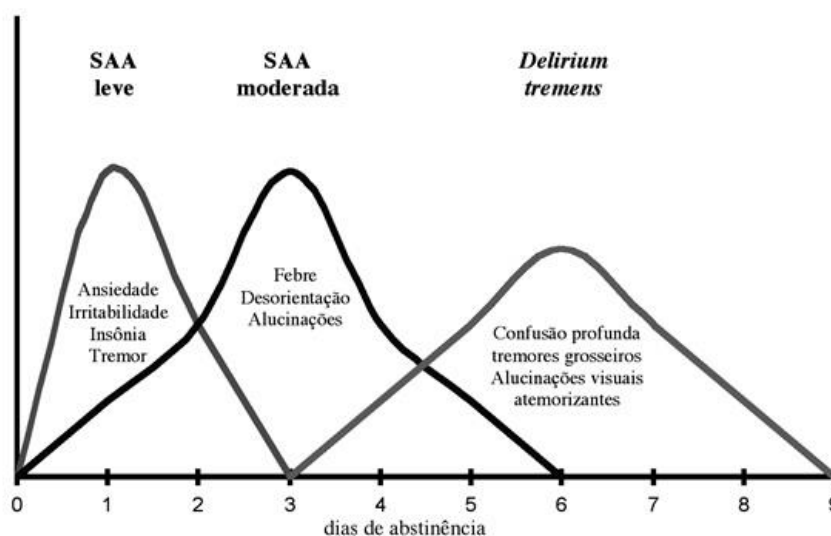
5.3.7 Descrição detalhada dos sinais e sintomas de SAA

Os sinais e sintomas mais comuns da SAA são agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, e podem evoluir com complicações como alucinações, *Delirium tremens* (DT), convulsões e óbito.

A SAA pode ser classificada nos níveis leve/moderado e grave. Esse dado pode ser obtido a partir da aplicação da Escala CIWA-Ar que será vista mais adiante. A maioria dos pacientes, de 70 a 90%, irá apresentar SAA leve/moderada. Em torno de 5% dos pacientes irão apresentar SAA grave.

Na Figura 3 estão apontados os sintomas da SAA na ordem de gravidade em que eles surgem, bem como quantos dias eles duram. Observa-se que, se a SAA evoluir para o DT, ela poderá ter duração de 7 a 10 dias. O sintoma de abstinência mais comum é o tremor que já aparece na SAA leve, acompanhado de irritabilidade, náuseas e vômitos. O tremor costuma ter intensidade variável e aparece algumas horas após a diminuição ou parada da ingestão, mais observado no período da manhã.

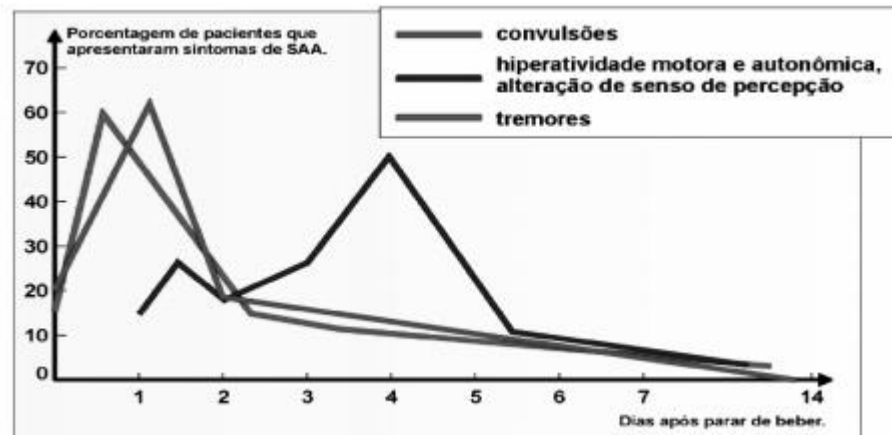
Figura 3: Gravidade e duração dos sintomas da SAA.



Fonte: Abuso e Dependência do Álcool - Projeto Diretrizes, 2002, pg. 10.

A Figura 4 mostra a relação entre a interrupção do uso de bebida alcoólica e o surgimento dos sintomas mais comuns conforme o tempo de abstinência, trazendo também a porcentagem de pacientes que os apresentaram.

Figura 4: Períodos da SAA mais prováveis para o aparecimento de tremores, hiperatividade e convulsões



Fonte: Abuso e Dependência do Álcool - Projeto Diretrizes, 2002, pg 11.

Segue abaixo a lista de sinais e sintomas da SAA nos diferentes níveis de gravidade (MARQUES, et al., 2010):

Nível leve/moderado – sinais e sintomas e características

Bio

- Leve agitação psicomotora;
Tremores finos de extremidades;
- Sudorese facial discreta;
- Cefaleia, náuseas sem vômitos, sensibilidade visual;
- Sensopercepção inalterada.

Psico

- Orientação no tempo e no espaço;
- Contato e juízo crítico da realidade preservados;
- Ansiedade leve;
- Sem episódios de auto ou heteroagressividade.

Nível grave

Bio

- Agitação psicomotora intensa;
- Tremores generalizados;
- Sudorese profusa;
- Cefaleia, náuseas com vômitos, sensibilidade visual intensa;
- Quadros similares a crises convulsivas ou história de crises convulsivas progressivas.

Psico

- Desorientação no tempo e no espaço;
- Contato e juízo crítico da realidade comprometidos;
- Ansiedade intensa;
- História de violência auto e heteroagressiva;
- Alteração do pensamento, podendo apresentar conteúdo delirante,
- Alucinações auditivas, táteis ou visuais.

5.3.8 Descrição das complicações da SAA

As complicações que serão descritas a seguir são todas evitáveis uma vez que o tratamento para prevenir ou mesmo tratar a SAA for realizado de forma segura e precocemente.

Delirium tremens (DT)

É a complicação mais grave da SAA, aumentando significativamente a morbimortalidade dos pacientes (SCHUCKIT, 2014).

Trata-se de uma psicose orgânica que se caracteriza por um quadro confusional agudo, flutuante e autolimitado. Esse quadro confusional tende a ser menor pela manhã, piorando no final do dia e início da noite.

Os sintomas prodrômicos tipicamente incluem: insônia, tremores e medo. O paciente em *DT* apresenta rebaixamento do nível de consciência, desorientação temporal e espacial, estreitamento do campo vivencial e desatenção. O comportamento pode ficar desorganizado, podendo ocorrer agitação intensa, fala ininteligível, com agressividade verbal e física, e humor disfórico. Podem ocorrer alucinações táteis e visuais: em geral o paciente relata visão de insetos ou pequenos animais próximos a ele ou caminhando por seu corpo. Esse tipo de alucinação pode evoluir para estado de agitação e violência na tentativa de afastar as microzoopsias.

O *DT* geralmente tem início cerca de três dias após o aparecimento dos sintomas de abstinência alcoólica. Pode durar de uma semana a dois meses, sendo que na maioria dos pacientes tem duração de 10 a 12 dias. Em idosos o curso é mais prolongado, podendo ter maior risco de mortalidade, maior número de complicações e menor frequência de recuperação total.

A taxa de mortalidade é alta, de 1 a 4% dos pacientes hospitalizados que entram em *DT* morem. Essa taxa pode ser reduzida se o diagnóstico for feito com mais rapidez e os sintomas tratados de forma adequada (SCHUCKIT, 2014).

A morte geralmente resulta de hipertermia, arritmias cardíacas, complicações de convulsões por abstinência ou comorbidades. O *DT* durante a SAA é previsto da seguinte maneira: escores CIWA-Ar acima de 15 (especialmente quando associada a pressão arterial sistólica > 150mmHg ou pulsação > 100 batimentos por minuto), crises recentes de abstinência (observadas em 20% dos pacientes com *DT*, delirium ou convulsões anteriores à abstinência), idade avançada, uso recente de outras substâncias depressoras e complicações clínicas, tais como anormalidades eletrolíticas, baixa contagem de plaquetas e doenças respiratórias, cardíacas ou gastrointestinais (SCHUCKIT, 2014).

Alucnose alcoólica

Quadro caracterizado pela presença de alucinações visuais ou auditivas vívidas e de início agudo, como, por exemplo, cliques, rugidos, trechos de músicas, barulho de sinos, cânticos e vozes. Uma característica peculiar desse tipo de

fenômeno é que ocorre na ausência de rebaixamento do nível de consciência, o que quer dizer que as alucinações ocorrem em um cenário de clara consciência, podendo ser acompanhadas por delírios (que nada mais são do que tentativas de explicar as alucinações), ideias de referência e alterações do afeto. O paciente tem crítica de que as vozes são imaginárias. Os pacientes podem apresentar medo, ansiedade e agitação em decorrência dessas experiências.

Convulsões

A maioria das crises é do tipo tônico-clônica generalizada (tipo grande mal) durante a abstinência. As crises convulsivas correspondem a uma manifestação relativamente precoce da SAA, mais de 90% ocorrem até 48 horas após a interrupção do uso de álcool e estão associadas com evolução para formas graves de abstinência. Cerca de 10 a 15% dos usuários de álcool apresentam crises convulsivas e 1/3 dos pacientes evoluem para *DT* se não forem tratados.

Síndrome de Wernicke-Korsakoff

Alterações neurológicas causadas pela deficiência de tiamina (vitamina B1). A deficiência de tiamina é bastante comum em usuários crônicos de álcool, mas também pode ocorrer em outras situações clínicas nas quais a absorção esteja comprometida, como, por exemplo na nutrição parenteral prolongada. Caracterizada pelos sintomas da Encefalopatia de Wernicke associados a um comprometimento persistente de memória e aprendizado.

Encefalopatia de Wernicke

Caracterizada pela tríade clássica (não sendo necessária a presença de todos esses sintomas para que o diagnóstico seja feito):

1. Alterações oculomotoras: nistagmo e paralisia do olhar conjugado.
2. Ataxia cerebelar: alargamento da base de sustentação ou, quando mais intensa, paciente necessita de auxílio para deambular.

3. Confusão mental: estado confusional agudo, no qual o paciente pode estar apático, com diminuição do estado de alerta e atenção. Alguns pacientes podem apresentar sintomas de abstinência alcoólica.

Psicose de Korsakoff

Caracterizada por um transtorno amnésico também relacionado ao uso crônico de álcool e carência nutricional. Tanto a memória recente como a memória passada estão comprometidas, dificultando o aprendizado e as funções executivas. As confabulações podem estar presentes, ou sejam, falsas lembranças ou memórias distorcidas.

Caso clínico 2 (Alcoolismo em idoso)

Apresenta descrição de situação de quadro leve de Alcoolismo em idoso. A descrição do caso sugere que a bebida alcoólica está sendo usada “como medicação”, pois a mulher estava deprimida. Revela quadro clínico com diversas alterações clínicas e do estado mental, com prejuízos sociais relacionados. Caso que pode gerar confusão de diagnóstico, devido ao quadro de infecção urinária e TU Álcool.

Uma senhora de 69 anos vem bebendo meio litro de vodca há uns treze anos. Antes disso, “bebia socialmente”. Após o divórcio, há 15 anos, ela ficou deprimida e passou a beber mais, porque “se sentia melhor quando bebia”. Conheceu seu segundo marido, também um alcoolista, em um barzinho de Porto Alegre. Eles continuaram a beber em casa, à noite. Com o tempo, foi perdendo a vontade de levantar-se para trabalhar e perdeu seu emprego, devido a frequentes atrasos e faltas não justificadas. Desempregada, passou a beber a qualquer hora do dia, alternando vodca com cerveja. Ao perceber que estava ganhando peso, foi substituindo a cerveja por vodca, iniciando com uma dose, mas logo aumentou o consumo até passar a beber 1 litro de vodca. Começou a ter lapsos de memória de forma recorrente, chegando a queimar o forro do sofá, sem se lembrar do que tinha

acontecido. As brigas com o marido aumentaram, até o dia em que ele saiu de casa, após violenta discussão. Um dia, ao sair de casa para ir comprar bebida, teve uma queda e foi socorrida por um rapaz que caminhava por perto e a levou para o hospital. Ao chegar na Emergência, foi verificado que a paciente apresentava hipertermia, 39,4°, tremores generalizados e confusão mental. Estava bastante inquieta. Após terem sido realizados exames, foi constatado que a paciente estava com infecção urinária e logo iniciaram tratamento. Ao levantar-se do leito auxiliada pela enfermagem para ir ao banheiro, paciente apresentava marcha atáxica. Ao exame a paciente apresentava nistagmo. Seu discurso foi ficando mais confuso. O ex-marido conseguiu ser localizado e trouxe as informações sobre o histórico de alcoolismo da paciente, que passou então a receber tratamento para a SAA com suspeita de Síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Observações acerca da tiamina:

A tiamina é uma coenzima essencial para vários mecanismos bioquímicos do cérebro. Em um indivíduo saudável, a necessidade diária de tiamina é 1-4mg por dia.

Em pacientes alcoolistas a deficiência de tiamina é a mais comum, sendo que em grau leve essa deficiência dificilmente é diagnosticada. Entre os sintomas estão: quadros de fadiga, irritabilidade, diminuição do apetite, distúrbio do sono e da memória, dor precordial, desconforto abdominal, entre outros. Casos mais graves podem resultar em neuropatia periférica e Síndrome de Wernicke- Korsakoff.

Fatores que contribuem para o desenvolvimento da deficiência de tiamina em alcoolistas: diminuição de autocuidado; diminuição da absorção intestinal; diminuição da capacidade do fígado de armazenar vitaminas; diminuição da conversão da tiamina na sua forma ativa, e aumento da demanda de tiamina devido ao metabolismo do álcool.

A taxa de absorção de tiamina pelo duodeno é limitada, chegando a um máximo de 4-5mg em uma única dose oral. A administração parenteral é a mais indicada, pois permite uma rápida correção da deficiência de tiamina cerebral.

Desafio 2

Um homem de 60 anos é levado para a Emergência por sua esposa porque está “confuso” já há algum tempo. Conta que outro dia quis comprar uma escova de dentes, mas o paciente não soube dizer o nome do objeto. Esposa relata que paciente está aposentado há 5 anos e que hoje pela manhã contou com detalhes “ter recebido uma promoção no escritório, assumindo o cargo de chefe do setor”. Durante a anamnese, paciente contou para a equipe que é um “bebedor inveterado” e que chega a consumir um engradado de cerveja todos os dias nos últimos 30 anos. Come menos e prefere álcool em vez de refeições. Esposa afirma que o paciente perdeu peso. Qual dos seguintes sintomas provavelmente reforça o provável diagnóstico de TU Álcool?

- a) Confabulação
- b) Delírios
- c) Afeto elevado
- d) Emagrecimento

RESPOSTA COMENTADA: a alternativa correta é confabulação (letra a). Longa história de álcool e possível desnutrição crônica, e sequela orgânica importante devido à deficiência de tiamina (vitamina do complexo B). Esse quadro resulta na Síndrome de Korsakoff, o qual tem como característica quadro demencial, amnésia retrógrada (memórias antigas) e para compensar essas lacunas apresenta confabulação (falsas lembranças ou memórias distorcidas).

5.3.9 Outras questões a serem investigadas:

Em doses baixas o álcool produz relaxamento, perda de inibições, falta de concentração, sonolência, fala pastosa e sono. O abuso crônico ocasiona distúrbios fisiológicos em múltiplos sistemas. Essas complicações incluem as descritas abaixo (mas não se limitam a estas).

Sistema Cardiovascular

- Arritmias

Podem ocorrer em consequência à intoxicação aguda por álcool ou durante a abstinência. O *binge drinking* pode estar particularmente implicado, elevando o risco de arritmias, com ou sem presença de doença coronariana.

- Hipertensão

Ocorre por prováveis mecanismos, como efeito direto sobre o músculo cardíaco e artérias, estímulo do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

- Miocardiopatia alcoólica

Relacionada à carência nutricional, como de tiamina, mas pode acometer indivíduos bem nutridos. A lesão miocárdica parece ter relação com a inibição das sínteses e associações proteicas, que resultam em redução da contratilidade muscular.

Sistema Gastrointestinal

O fígado: Órgão bastante vulnerável a lesões relacionadas ao álcool por ser o foco primário do metabolismo deste.

- Hepatite C: Indivíduos com TU Álcool infectados pela hepatite C desenvolvem lesões hepáticas em idade mais precoce e com uma dose cumulativa menor de álcool do que indivíduos sem hepatite C

- Esteatose hepática (ou fígado gorduroso): Presente em alguns momentos em até 90% dos bebedores pesados persistentes. Raramente causa doença e é reversível com a abstinência.
- Hepatite alcoólica: A hepatite alcoólica é vista em 40% das pessoas com histórico de constante beber excessivo. Pode ser fatal, mas também é reversível com abstinência.
- Cirrose hepática: Entre 8 e 30% dos bebedores pesados desenvolvem cirrose alcoólica, tipicamente depois de 10 a 20 anos de beber excessivamente todos os dias. Frequentemente progressiva e fatal, mas pode ser estabilizada com abstinência.

O estômago:

- Gastrite: O álcool estimula a secreção de suco gástrico e aumenta a permeabilidade da mucosa. Além disso, o uso excessivo e crônico de álcool favorece a colonização por *Helicobacter pylori*, que produz amônia e contribui para a gastrite crônica.
- Desnutrição: Pacientes que consomem álcool de forma abusiva comumente sofrem de sintomas intestinais como diarreia e má absorção. A desnutrição geral e a perda de peso geralmente estão relacionadas à inapetência. Atenção para o risco de deficiências vitamínicas (especialmente de ácido fólico, B1/ tiamina e B12).

O esôfago:

- Varizes esofágicas: Decorrentes da ação direta do álcool sobre a mucosa, podendo ocasionar a hemorragia digestiva alta.

O pâncreas:

- Pancreatite aguda: Mais frequente em homens entre 35 e 40 anos. A dor abdominal é a principal queixa. Ocorre na região epigástrica, por vezes em

faixa, em todo o abdome superior, podendo se irradiar para a região dorsal. Náuseas e vômitos podem ser intensos.

- Pancreatite crônica: Mais frequente em homens entre 40 e 50 anos. Manifestada por emagrecimento e crises dolorosas abdominais, em geral pós-alimentares e após ingestão de bebida alcoólica.

Sistema Musculoesquelético:

- Gota: Especialmente a cerveja tem propensão a produzir excesso de ácido úrico, devido ao seu alto conteúdo de purina.
- Osteoporose: A densidade óssea diminui em indivíduos com uso abusivo de álcool.
- Miopatia: Ocorre em até 60% dos indivíduos com longo histórico de problemas com álcool. Observam-se fraqueza nos músculos proximais, dor e caminhar anormal, bem como evidências de atrofia e perda de fibras musculares nos ombros e na cintura pélvica

Sistema Nervoso:

- Encefalopatia hepática: Caracteriza-se por sinais e sintomas neurológicos em graus variados de gravidade, desde estados confusionais agudos, *delirium* até coma, podendo apresentar tremores, *flapping* e sinais piramidais. Acomete até 50% dos portadores de cirrose.
- Neuropatia periférica: É uma polineuropatia sensitivo-motora distal e simétrica que ocorre devido a degeneração axonal e da bainha de mielina dos nervos sensitivos, motores e autonômicos, associada ao efeito neurotóxico do álcool e a estados de desnutrição. Costuma apresentar-se com mais intensidade nos membros inferiores, iniciando com perda da sensibilidade superficial, podendo evoluir com perda da sensibilidade profunda, dor, fraqueza muscular distal e perda dos reflexos.
- Demência alcoólica: Difícil diagnóstico. Não se pode afirmar que exista uma única forma de demência relacionada ao álcool, ou uma única fisiopatologia,

mas existe uma associação entre o uso crônico de álcool e prejuízos cognitivos, sobretudo da memória.

Pele:

- Psoríase: o consumo diário de álcool por homens com psoríase é mais comum em homens com outras doenças de pele. Parece que o beber excessivo se relaciona com a gravidade da doença. Em bebedores pesados, a psoríase afeta em especial as palmas das mãos e solas dos pés.

Câncer:

A exposição crônica ao álcool, bem como a associação com o tabagismo, é vinculada à gênese de tumores do trato digestivo superior. Além do câncer de boca, faringe, laringe, esôfago e estômago, outros tipos de câncer são associados ao uso crônico de álcool, como câncer de fígado (pode surgir como consequência da cirrose) e de mama.

5.4 PROCEDIMENTAIS

Temas:

- 1. PREVENÇÃO DA SAA**
- 2. INSTRUMENTOS FACILITADORES DE AVALIAÇÃO/ ESCALA CLINICAL WITHDRAWAL ASSESSMENT REVISED (CIWA-Ar)**
- 3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM: PREVENÇÃO DA SAA**
- 4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM: MANEJO DA SAA**

5.4.1 Prevenção da SAA

A intoxicação pelo álcool e o *DT* são as principais emergências decorrentes do uso de álcool. Entretanto, as complicações da SAA também podem constituir quadros de emergência. Dessa forma, é muito importante sabermos como prevenir a SAA.

No Brasil, nos últimos anos, foi possível observar que apenas durante a internação em serviços de saúde, devido às intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas resultantes de comportamento de adição, os profissionais são informados de que os pacientes são dependentes de álcool. Isso ocorre, muitas vezes, quando já têm início as manifestações de SAA (MOLL, et al., 2019).

A equipe de saúde e de enfermagem deve estar preparada para a identificação de sintomas precoces, pois isso é determinante para evitar maiores danos à saúde do paciente. Esses sintomas podem ser identificados por qualquer profissional da enfermagem que esteja na linha de frente do cuidado ao paciente. Uma vez identificado o paciente alcoolista, podemos fazer uso de instrumentos que servem de “guia” para a avaliação que tende a ser subjetiva na prática clínica. Uma das vantagens de utilizarmos um instrumento preconizado para avaliação do paciente é garantir um cuidado mais seguro para o mesmo.

5.4.2 Instrumentos facilitadores de avaliação/Escala CIWA-Ar

O uso da Escala CIWA-Ar em ambiente hospitalar pode reduzir o tempo de desintoxicação, evitar a administração de medicamentos desnecessários e ajudar a diminuir a incidência de *DT*. Além disso, mas não menos importante, a CIWA-Ar pode auxiliar o enfermeiro a identificar e avaliar a gravidade dos sintomas, podendo intervir adequadamente, bem como direcionar o momento das reavaliações (KEYS, 2011).

Essa escala foi desenvolvida para fornecer uma avaliação da SAA mesmo nos pacientes que apresentam abstinência e *delirium* graves, pois não exige a participação do paciente (MIRIJELLO, et al., 2015).

A escala CIWA-Ar é uma ferramenta com uma lista de 10 sinais e sintomas, de manejo rápido, necessitando de 2 a 5 minutos para sua aplicação. As categorias avaliadas na CIWA-Ar incluem agitação, ansiedade, distúrbios auditivos, orientação e alteração do sensório, cefaleia, náusea e vômito, sudorese paroxística, distúrbios táteis, tremor e distúrbios visuais (McKINLEY, 2005). O paciente pode auxiliar respondendo a alguns itens, mas a maioria deles pode ser respondida ao se observar o paciente. As pontuações na CIWA-Ar variam de 0 a 67. O escore final classifica a SAA em leve/ moderada e grave, fornecendo subsídios para o planejamento do cuidado mais adequado ao paciente (RIDDLE, et al., 2010).

Essa escala costuma ser aplicada por enfermeiros, mas seu uso não é exclusivo dessa categoria profissional. Conforme o serviço de saúde, outros profissionais poderão ser treinados para a aplicação da escala.

Figura 5: Escala CIWA-Ar

Clinical Withdrawal Assessment Revised – CIWA-Ar

Nome: _____ Data: _____ Pulso ou FC: _____ PA: _____ Hora: _____

1. Vômito – Você sente um mal-estar no estômago (enjoo)? Você tem vomitado?
- | | |
|---|--|
| 0 | Não |
| 1 | Náusea leve e sem vômito |
| 4 | Náuseas recorrentes e com ânsia de vômito |
| 7 | Náuseas constantes, ânsia de vômito e vômito |
2. Tremor – Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:
- | | |
|---|---------------------------------------|
| 0 | Não |
| 1 | Não visível, mas sente |
| 4 | Moderado com os braços estendidos |
| 7 | Severo mesmo com os braços estendidos |
3. Sudorese – Verificar palmas das mãos e testa:
- | | |
|---|-------------------------------|
| 0 | Não |
| 1 | Leve (palmas das mãos suadas) |
| 4 | Facial |
| 7 | Profusa |
4. Distúrbios táteis – Tem sentido coceira, sensações de insetos andando no corpo, formigamentos e pinicações?
- | | |
|---|--|
| 0 | Não |
| 1 | Leve (quase nada, porém já sentiu) |
| 4 | Moderada (sim às vezes, mas não permanentemente) |
| 7 | Grave (contínua) |
5. Distúrbios auditivos – Você tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?
- | | |
|---|---|
| 0 | Não |
| 1 | Leve, pequenas alterações nos sons, ecos e volumes de voz |
| 4 | Moderado (sons diferentes, zumbidos) |
| 7 | Grave (alucinações auditivas, ouve vozes e barulhos) |
6. Distúrbios visuais – Luzes parecem muito brilhantes? Cores diferentes? Incomodam os olhos? Tem visto algo que lhe perturba? Tem visto coisas que não estão presentes?
- | | |
|---|-----------------------|
| 0 | Não |
| 1 | Muito leve |
| 2 | Leve |
| 3 | Moderado |
| 4 | Alucinações moderadas |
| 5 | Alucinações graves |
| 6 | Extremamente graves |
| 7 | Contínua |
7. Ansiedade – Você se sente nervoso (a)? (observação)
- | | |
|---|--|
| 0 | Não |
| 1 | Leve |
| 4 | Moderada |
| 7 | Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo |
8. Dor de cabeça – Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?
- | | |
|---|----------|
| 0 | Não |
| 1 | Leve |
| 4 | Moderada |
| 7 | Grave |
9. Agitação (observação)
- | | |
|---|--------------------------------------|
| 0 | Normal |
| 1 | Um pouco mais que a atividade normal |
| 4 | Moderada |
| 7 | Grave (constante) |
10. Orientação Alo/Autopsíquica – Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (observação)
- | | |
|---|--|
| 0 | Orientado |
| 1 | Incerto sobre a data, não responde seguramente |
| 2 | Desorientado sobre a data, mas não mais do que dois dias |
| 3 | Desorientado sobre a data, com mais do que dois dias |
| 4 | Desorientado com o lugar e pessoa |

SCORE: _____

Escore de 0 a 9 = SAA leve

Escore de 10 a 18 = SAA moderada

Escore maior que 18 = SAA grave

O modelo impresso da Escala CIWA-Ar que era usado anteriormente na Unidade de Adição possibilitava que fossem registradas várias aplicações da CIWA-Ar de forma que o profissional acompanhasse esse registro de evolução do paciente. Além disso, nela já constavam por escrito as orientações referentes à medicação, bem como a necessidade de chamar o médico de plantão, como descrito abaixo:

- Se CIWA-Ar < 8 e sinais vitais estáveis – não medicar.
- Se CIWA-Ar < 8 e PA diastólica > 110 – medicar com Diazepam ou lorazepam.
- Se CIWA-Ar > 8 e < 15 ou PA diastólica > 110 – medicar com Diazepam ou lorazepam de hora em hora até ficar < 8 .
- Se CIWA-Ar > 15 – medicar e reavaliar CIWA-Ar e sinais vitais de hora em hora até CIWA < 15 .

Chamar o plantão médico:

- Sempre que CIWA for maior do que 15
- Precisar mais de 2 doses seguidas
- Sintomas de desorientação ou alucinações
- PA $> 160/100$ ou FC > 100 ou TAX > 38

Atualmente a Escala CIWA está inserida no Sistema AGHUse do HCPA conforme demonstrado nos *prints* das telas a seguir.

Figura 6: Prints das telas de teste da Escala CIWA-Ar no Sistema AGHUse do HCPA.

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VBWF ABFAQEB ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 20 - INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

1 - Vômito ?

- Não (0) ?
- Náusea leve e sem vômito (1) ?
- Náusea recorrentes com ânsia de vômito (4) ?
- Náusea constantes, ânsia de vômito e vômito (7) ?

2 - Tremor ?

- Não (0) ?
- Máscara de máscara (1) ?

Classificação: - Escore Total: 0

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VBWF ABFAQEB ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 20 - INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

2 - Tremor ?

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

3 - Sudorese ?

- Não (0) ?

Classificação: - Escore Total: 0

Tremor com os braços estendidos e os dedos separados.

AGHUse Pesquisar no Menu

Início **Lista Paciente ENF**

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VBWF ABFAQEB ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 2 O - INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

3 - Sudorese Verificar palma das mãos e testa.

Não (0) ?

Leve, palmas das mãos suadas (1) ?

Facial (4) ?

Profusa (7) ?

4 - Distúrbios táteis ?

Não (0) ?

Leve (quase nada, porém já senti) (1) ?

Classificação: - Score Total: 0

AGHUse Pesquisar no Menu

Início **Lista Paciente ENF**

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VBWF ABFAQEB ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 2 O - INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

4 - Distúrbios táteis Tem sentido coceira, sensações de insetos andando no corpo, formigamentos e pinicões?

Não (0) ?

Leve (quase nada, porém já senti) (1) ?

Moderada (às vezes, mas não permanente) (4) ?

Grave (contínua) (7) ?

5 - Distúrbios auditivos ?

Não (0) ?

Classificação: - Score Total: 0

AGHUse Pesquisar no Menu

Início Lista Paciente ENF x

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VBWF ABFAQEB ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 2 O - INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

5 - Distúrbios auditivos Voçê tem ouvido sons a sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?

- Não (0) ?
- Leve, pequenas alterações nos sons, ecos e volumes de voz (1) ?
- Moderado (sons diferentes, zumbidos) (4) ?
- Grave (alucinações auditivas, ouve vozes e barulhos) (7) ?

6 - Distúrbios visuais ?

- Não (0) ?
- Muito leve (1) ?

Classificação: - Escore Total: 0

Gravar Cancelar

AGHUse Pesquisar no Menu

Início Lista Paciente ENF x

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VBWF ABFAQEB ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 2 O - INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

6 - Distúrbios visuais Luzes parecem muito brilhantes? Cores diferentes? Incomodam os olhos? Tem visto algo que lhe perturba? Tem visto coisas que não estão presentes?

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

Classificação: - Escore Total: 0

Gravar Cancelar

AGHUse Pesquisar no Menu

Início Lista Paciente ENF x

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VEWVF ABFAQEB ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 2 O - INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

7 - Ansiedade

Não (0) ?

Leve (1) ?

Moderada (4) ?

Ansiedade grave, um estado de pânico, semelhante a um episódio psicótico agudo (7) ?

Você sem sente nervoso (4)? (observação) ?

8 - Dor de cabeça

Não (0) ?

Classificação: - Score Total: 0

Gravar Cancelar

AGHUse Pesquisar no Menu

Início Lista Paciente ENF x

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VEWVF ABFAQEB ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 2 O - INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

8 - Dor de cabeça

Não (0) ?

Leve (1) ?

Moderada (4) ?

Grave (7) ?

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

9 - Agitação

Normal (0) ?

Classificação: - Score Total: 0

Gravar Cancelar

AGHUse Pesquisar no Menu

Início **Lista Paciente ENF**

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VBWF ABFAQEB ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 2 O - INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

9 - Agitação

- Normal (0) ?
- Um pouco mais que a atividade normal (1) ?
- Moderada (4) ?
- Grave (constante) (7) ?

10 - Orientação Aló/ Autopsíquica

- Orientado (0) ?
- Incerto sobre data, não responde seguramente (1) ?

Classificação: - Score Total: 0

AGHUse Pesquisar no Menu

Início **Lista Paciente ENF**

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VBWF ABFAQEB ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 2 O - INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

Grave (constante) (7)

10 - Orientação Aló/ Autopsíquica

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

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

Classificação: - Score Total: 0

AGHUse Pesquisar no Menu

Início Lista Paciente ENF x

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VEWVF ABFAQES ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 2 O - INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

Grave (constante) (7) ?

10 - Orientação Aló/ Autopsíquica ?

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

Classificação: **SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA LEVE** Escore Total: **4**

Gravar Cancelar

AGHUse Pesquisar no Menu

Início Lista Paciente ENF x

Paciente

Prontuário: 20823357 Paciente: MOACIR VEWVF ABFAQES ON BROFBON1

Leito: 2001B Quarto: 2001 Unidade Funcional: 2 O - INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA - AA

Escala: CIWA - AR

Subescala - Itens Descritivos

- Normal (0) ?
- Um pouco mais que a atividade normal (1) ?
- Moderada (4) ?
- Grave (constante) (7) ?

10 - Orientação Aló/ Autopsíquica ?

- Orientado (0) ?
- Inerte sobre data, não responde seguramente (1) ?
- Desorientado sobre a data, mas não mais do que 2 dias (2) ?

Classificação: **SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA MODERADA** Escore Total: **15**

Gravar Cancelar

The screenshot displays the AGHUse interface for a patient assessment. At the top, the header includes the AGHUse logo and a search bar. Below the header, the patient information is shown in a form: Prontuário (20823357), Paciente (MOACIR VEWV ABFAQES ON BROFSONI), Leito (2001B), Quarto (2001), and Unidade Funcional (2 O - INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA - AA). The main section is titled 'Escala: CIWA - AR' and contains a 'Subescala - Itens Descritivos' section. This section lists two items: '8 - Dor de cabeça' and '9 - Agitação'. For item 8, the 'Grave (7)' option is selected. For item 9, the 'Normal (0)' option is selected. At the bottom, the 'Classificação' is 'SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA GRAVE' and the 'Escore Total' is 19. There are 'Gravar' and 'Cancelar' buttons at the bottom.

Fonte: Sistema AGHUse do HCPA.

A escala CIWA-Ar pode ser impressa e levada pelo enfermeiro no momento da avaliação do paciente, enquanto o enfermeiro não estiver familiarizado com os itens a serem avaliados. Entretanto, o ideal é não levar o documento para que a avaliação seja mais natural.

Na realidade de uma unidade especializada em adição, a escala CIWA-Ar é aplicada a cada hora durante as primeiras 12 horas a contar da hora da internação do paciente (sempre na vigília) e gradativamente a frequência de aplicação vai ficando mais espaçada.

Em uma unidade clínica a escala CIWA-Ar pode ser aplicada assim que o paciente com problemas relacionados ao consumo de álcool interna e ser repetida na próxima hora apenas se o paciente pontuar na escala conforme parâmetros que podem estar na própria escala. Se o paciente não pontuar, a enfermagem deverá seguir atenta aos sinais vitais e sintomatologia de abstinência para estar alerta à necessidade de aplicar a escala CIWA-Ar novamente. Lembrar que devemos evitar acordar o paciente para aplicação da escala.

Com o reconhecimento dos itens avaliados e a aplicação correta da escala CIWA-Ar, a SAA poderá ser determinada de maneira adequada, tornando possível mensurar a sua gravidade e conseqüentemente adequar os cuidados necessários, inclusive na administração de medicações prescritas pelo médico. A prescrição médica possibilita que esse profissional deixe a medicação prescrita também na modalidade “se necessário”, ou seja, em situações específicas em que haja recomendação da aplicação de determinada medicação conforme protocolo assistencial. Desse modo, esses medicamentos serão administrados somente após uma avaliação do enfermeiro frente à verificação do quadro clínico do paciente e ao resultado da escala CIWA-Ar.

Saliente-se que a escala CIWA-Ar inclui parâmetros para medicar o paciente com psicotrópico da classe dos benzodiazepínicos, conforme seja o resultado na aplicação da escala. As condutas da equipe devem estar registradas em protocolo e validado dentro do serviço para alinhamento das ações da equipe multiprofissional.

Exemplo: prescrição médica (se necessário) conforme protocolo institucional no serviço.

Caso clínico 3 (Alcoolismo grave)

Apresenta descrição de situação de quadro leve de Alcoolismo grave, revelando quadro clínico com diversas alterações clínicas e do estado mental, agravadas pela ocorrência de abstinência no transcorrer de um processo cirúrgico. O caso não apresenta prejuízos sociais relacionados, mas mostra fator genético envolvido, além de complicações clínicas associadas.

O sr. Luís tem 35 anos, é casado e tem três filhos ainda crianças. Trabalha como administrador de uma empresa de jogos eletrônicos. Um dia, durante sua jornada de trabalho, Luís sentiu forte dor abdominal, náuseas e calafrios. Ligou para sua esposa, que o levou imediatamente ao consultório do seu médico clínico. O médico lhe pediu vários exames, entre os quais uma ultrassonografia abdominal. Foi

diagnosticado que Luís estava com colecistite. Na mesma semana, Luís foi internado para submeter-se à colecistectomia na manhã seguinte. Ainda dentro das 12 horas de pós-operatório, Luís foi ficando agitado, apresentando tremores leves de membros superiores e sudorese facial. Ele foi indagado sobre seus hábitos de bebida, mas negou ter um problema com álcool. Disse aos médicos que apenas ocasionalmente bebia um copo de cerveja. Durante a noite Luís não conseguiu dormir, apresentava tremores generalizados e sudorese profusa. Além disso a equipe de enfermagem mostrou-se preocupada, pois ele estava falando coisas sem sentido. De acordo com a sua esposa, vinha bebendo grandes quantidades de cerveja por mais de três anos. Luís vinha faltando ao trabalho. Todos os dias ele começava a beber quando chegava em casa do trabalho à noite e não parava até cair no sono. Luís não havia bebido antes da internação. Esposa negava outras complicações clínicas, fora a obesidade. Ao exame, paciente estava ansioso, desorientado em tempo e espaço (achava que estava na sua empresa), com fala incoerente, alucinações táteis (tentava tirar formigas do braço), tremores generalizados, sudorese profusa. O paciente começou a ser avaliado segundo a Escala CIWA, e conforme resultados obtidos na Escala, paciente passou a ser medicado com Diazepam 10mg a cada hora. Após 24h, paciente, durante a avaliação da enfermeira, teve uma parada respiratória. Paciente foi imediatamente atendido e transferido para a CTI. Após ter realizado outros exames, paciente foi diagnosticado com cirrose hepática e logo passou a ser medicado com lorazepam, medicamento mais indicado em caso de paciente com comprometimento hepático.

- Podemos refletir que não será em todos os casos que o manejo medicamentoso deverá ser tão rígido. Nossa avaliação também não é tão rígida e muitas vezes optamos por não medicar pacientes muito sedados e/ou com risco de alteração sensorial.

5.4.3 Cuidados de enfermagem: prevenção da SAA

Devido à grande demanda da população com uso abusivo de álcool, é importante que o profissional de enfermagem esteja atento à identificação dos sinais

e sintomas pertinentes a essa população, inclusive em serviços de saúde não especializados, uma vez que pode facilitar o atendimento e as intervenções interdisciplinares para cuidar das necessidades decorrentes da abstinência alcoólica. (MOLL, et al., 2019).

Nas unidades de emergência, são frequentes os atendimentos a vítimas de acidentes e violência associados ao álcool.

Esses indicativos têm exigido cada vez mais conhecimento e habilidades específicas dos profissionais de enfermagem para a identificação e o cuidado dessa população, visto que a equipe de enfermagem é reconhecida como equipe essencial na prevenção, na detecção e no tratamento do uso de substâncias (VARGAS, 2006).

Alguns cuidados de enfermagem necessários à prevenção da SAA são:

- Verificar se houve interrupção ou redução do uso de álcool após uso repetido e prolongado;
- Identificar pelo menos três dos seguintes sintomas: tremores de língua, tremores de pálpebras ou mãos quando estendidas, sudorese, náuseas, ânsia de vômito ou vômitos, taquicardia ou hipertensão, agitação psicomotora, cefaleia, insônia, mal-estar ou fraqueza, alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias; atentar a presença de alguns desses sintomas em pacientes em unidades clínicas e cirúrgicas, que nem sempre são identificados como pacientes relacionados ao álcool;
- Aplicar a escala CIWA-Ar;
- Estimular ingestão hídrica;
- Administrar medicamentos prescritos e certificar-se de que o paciente ingeriu a medicação;
- Monitorar resposta do paciente ao medicamento;
- Atentar para a administração endovenosa das vitaminas (quando prescritas), seguindo o protocolo do serviço de saúde;
- Manter monitoramento constante, inclusive no sistema sensorial;

- Lembrar que, se o paciente ainda estiver intoxicado, a abordagem psicossocial não deve ser realizada nesse momento, pois essa intervenção é contraprodutiva nessa ocasião.

Caso clínico 4 (Alcoolismo moderado)

Apresenta descrição de situação de quadro leve de Alcoolismo moderado, revelando quadro clínico com alterações clínicas e alterações do estado mental mais significativas, bem como prejuízos sociais relacionados, além de histórico correlacionado ao consumo de álcool e comorbidade clínica.

Marcus é marceneiro, tem 45 anos, divorciado. Está sendo examinado na Emergência, devido a um braço quebrado após queda de própria altura durante o trabalho. Paciente apresenta-se trêmulo e ansioso. A irmã forneceu uma anamnese objetiva, relatando que o paciente vinha ingerindo uma grande quantidade de vinho de garrafão, diariamente, por mais de cinco anos. Ele frequentemente tem “apagamentos da memória” (*blackouts*) devidos à bebida, faltando ao trabalho; por causa disso foi demitido de vários empregos. Para sua sorte sempre há trabalho para marceneiros e ele sempre arrumou uns “bicos” para sustentar-se nesses últimos anos. Entretanto, há três dias, acabaram seu dinheiro e seu vinho, e ele saiu à rua a fim de pedir esmola para arrumar um pouco de comida. Marcus vinha mal nutrido, comendo talvez uma refeição por dia. Um vizinho viu que ele estava mal e ligou para a irmã de Marcus solicitando ajuda. Ao exame, o paciente alternava entre um estado de apreensão e uma superficial cordialidade. Estava bastante acelerado (excitado) e falando quase que constantemente. Refere cefaleia e tem dificuldade de manter olhos abertos (diz que as luzes o incomodam). Sinais vitais são: PA 150/95mmHg, FC 120bpm, FR 20mpm e TAX 37,8°C. O paciente afirma ser hipertenso e fazer uso de enalapril “quando se lembra de tomar”. A equipe logo inicia a avaliação conforme Escala CIWA, além de providenciar acesso venoso para iniciar infusão de SF 0,9% e vitaminas conforme prescrição, para prevenir evolução da SAA.

5.4.4 Cuidados de enfermagem: manejo da SAA

Nos diversos serviços de saúde, a equipe de enfermagem exerce um papel assistencial importante e, ao se especificar a problemática da abstinência alcoólica, suas ações são essenciais, especialmente diante de manifestações físicas ou psíquicas que requerem cuidados qualificados e intensivos (MOLL, et al., 2019). Deve-se valorizar a utilização da comunicação terapêutica durante todo o período de internação, para se estabelecer um vínculo com o paciente, podendo assim facilitar o manejo nos momentos de crise.

Alguns cuidados de enfermagem importantes para o manejo adequado da SAA:

- Aproximar-se do paciente lentamente e pela frente;
- Monitorar sinais vitais;
- Proporcionar um ambiente físico compatível e calmo, reduzindo ao máximo os estímulos audiovisuais e supervisionando o repouso absoluto do paciente;
- Promover o conforto e uma rotina diária, estabelecendo uma relação centrada em confiança;
- Aplicar Escala CIWA-Ar;
- Administrar medicamentos prescritos e certificar-se de que o paciente ingeriu a medicação;
- Monitorar resposta do paciente ao medicamento;
- Atentar para a administração endovenosa das vitaminas (quando prescritas), seguindo o protocolo do serviço de saúde;
- Auxiliar na higiene;
- Auxiliar o paciente nas refeições, quando necessário;
- Observar risco de aspiração durante as refeições;
- Atentar à necessidade de monitoramento contínuo da SAA, bem como à segurança do paciente;
- Atentar ao Risco de Queda, seguindo as medidas preventivas, conforme protocolo da instituição de saúde;
- Esclarecer o paciente e os familiares quanto à SAA;

- Ouvir as queixas do paciente sem fazer juízo de valor;
- Auxiliar na orientação e memória do paciente: utilizar pistas ambientais (p. ex., sinalizações de ambiente/placas, fotos, relógios, calendários e codificação de cores no ambiente);
- Manter por perto cuidadores que sejam familiares ao paciente,
- Realizar contenção mecânica somente em casos de agitação, com riscos de agressão para o próprio paciente e para terceiros, quando o manejo verbal não surtiu resultado terapêutico. Seguir as orientações do serviço quanto ao procedimento, sempre com atenção quanto ao número mínimo de profissionais para realizar o procedimento, explicar ao paciente o motivo da contenção, documentar em prontuário, não deixar o paciente sozinho e liberar o paciente da contenção assim que possível.

Outras informações importantes:

O objetivo do curso não inclui tratamento medicamentoso. Existem orientações comumente aplicadas no manejo da SAA. Todas devem ser discutidas em equipe, pois sempre haverá particularidades de cada paciente. Por exemplo, pacientes com risco maior de sedação (conforme idade, se tem comorbidade neurológica, se é paciente pós-cirúrgico) podem não se aplicar ao protocolo, mas devem ser monitorados quanto aos sintomas de SAA com muita atenção. Discussões de casos em rounds e comunicação efetiva com equipe multiprofissional são exemplos de possibilidades de discussão para a melhor tomada de decisão.

A aplicação da Escala CIWA ajudará na prevenção da SAA, bem como no tratamento adequado da mesma. Porém, é importante ressaltar que ainda que a Escala CIWA não faça parte de um protocolo de atendimento, a equipe médica poderá prescrever um esquema de tratamento medicamentoso adequado (fixo ou não), o que já auxiliará na recuperação do paciente.

Os medicamentos mais indicados para o tratamento da abstinência alcoólica são benzodiazepínicos:

- Os benzodiazepínicos agem no sistema de neurotransmissão gabaérgico, facilitando a ação do GABA. Como esse neurotransmissor é inibitório, essas drogas acentuam os efeitos inibitórios do SNC, provocando efeito depressor; resumindo, eles têm ação semelhante à do álcool no SNC;
- O diazepam é primeira escolha por ter longa ação;
- Os benzodiazepínicos não dependentes da função hepática, como lorazepam, podem e devem ser utilizados com pacientes que já estão com a função hepática muito prejudicada;
- A administração geralmente é via oral. Quando for necessário administrar via endovenosa, deve ser com cautela e sempre com médico junto e monitor cardíaco.

Também podem ser usados anticonvulsivantes em pacientes com histórico de epilepsia e que já faziam uso antes da SAA.

O que **não** fazer (MARQUES, et al., 2010):

- Administrar glicose, indiscriminadamente; existe o risco de precipitar a síndrome de Wernicke. A glicose só deve ser aplicada parenteralmente após a administração de tiamina;
- Aplicar diazepam via endovenosa sem recursos para reverter uma possível PCR;
- O uso rotineiro de difenil-hidantoína (fenitoína) parenteral, pois o uso desse anticonvulsivante não parece ser eficaz no controle de crises convulsivas da SAA;
- A administração de clorpromazina e outros neurolépticos sedativos de baixa potência para controle de agitação, uma vez que diminuem o limiar convulsivante,
- A contenção física inadequada e indiscriminada.

Desafio 3

Um homem de 67 anos chega à Emergência referindo muita ansiedade. Ele relata uma longa história de uso diário e intenso de álcool. Afirma que há 2 dias deixou de beber. Está visivelmente trêmulo, ruborizado e disfórico (agitado e humor instável). Apresenta temperatura axilar, pressão arterial e frequência cardíaca elevadas. Os exames de sangue têm resultados compatíveis com função hepática prejudicada.

Qual dos seguintes medicamentos seria mais apropriado para tratar o paciente?

- a) Alprazolam
- b) Diazepam
- c) Lorazepam
- d) Clonazepam

RESPOSTA COMENTADA: a alternativa correta é Lorazepam (letra c). Apesar de todos os medicamentos serem da Classe dos Benzodiazepínicos, sendo, portanto, os mais indicados para tratar abstinência alcóolica, dentre às opções somente o Lorazepam é metabolizado no organismo sem depender da função hepática. Assim, por possuir exames indicativos de comprometimento hepático, caso se use um medicamento que dependa muito da função hepática para degradação, o paciente fica demasiadamente sedado.

6. ATIVIDADES PARA FIXAR OS CONHECIMENTOS

1. Os efeitos do álcool sobre o sistema nervoso central (SNC) são proporcionais à concentração alcoólica sanguínea. Outros fatores influenciam nesses efeitos, tais como:

- a) Tamanho do indivíduo.
- b) Presença ou não de alimento no estômago.
- c) Sexo do indivíduo.
- d) Todas as anteriores estão corretas.

2. A relação terapêutica é fundamental no processo de cuidado em saúde na relação do profissional de enfermagem com o usuário de drogas. Algumas características aumentam a possibilidade de uma relação terapêutica a ser alcançada. Faça a correspondência entre o conceito e a definição:

- 1. Sintonia
- 2. Confiança
- 3. Respeito

() Não pode ser presumida, devendo ser conquistada.

() Sentimentos especiais entre duas pessoas com base na aceitação, calor humano, disposição amistosa e um interesse comum.

() Aceitação incondicional de um indivíduo como ser humano digno e singular.

Assinale a alternativa correta:

- a) 1, 2, 3
- b) 2, 1, 3
- c) 3, 2, 1
- d) 1, 3, 2

3. Os sintomas leves/moderados da Síndrome de Abstinência Alcólica (SAA) incluem:

- a) Euforia, hiperatividade e insônia.
- b) Depressão, ideação suicida e hipersonia.
- c) Diaforese, náuseas, vômitos e tremores.
- d) Marcha pouco firme, nistagmo e desorientação profunda.

4. O TU Álcool caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas. Entre eles estão a _____ que é a necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito; a _____, indicada por um desejo intenso de beber; e a _____ que se caracteriza por sintomas surgidos aproximadamente 4 a 12 horas após a redução do consumo que se segue a uma ingestão prolongada e excessiva de álcool.

Qual seria a ordem correta dos termos que completam a frase acima?

- a) Fissura, tolerância, abstinência.
- b) Tolerância, fissura, abstinência.
- c) Fissura, abstinência, tolerância.
- d) Nenhuma das sequências está correta.

5. Quais dentre os seguintes sinais o profissional de enfermagem identifica como sinais de abstinência de álcool grave? (múltiplas respostas)

- a) Sudorese profusa.
- b) Tremores finos e de extremidades.
- c) Ansiedade leve.
- d) Desorientação no tempo e no espaço.
- e) Náuseas.
- f) Convulsões.

6. Os cuidados de enfermagem no manejo da SAA são de extrema importância para a recuperação do paciente e prevenção de complicações da SAA. Considerando os cuidados listados abaixo, quais são os indicados em casos de SAA:

- I. Aplicar Escala CIWA-Ar;
- II. Auxiliar o paciente nas refeições quando necessário;
- III. Aproximar-se do paciente rapidamente e por trás, pois ele pode se assustar;
- IV. Proporcionar um ambiente físico compatível e calmo, deixando uma televisão ou rádio ligado para o paciente se sentir acompanhado;
- V. Administrar medicamentos prescritos e certificar-se de que o paciente ingeriu a medicação.

Assinale a afirmativa CORRETA:

- a) As afirmações I, II e III estão corretas.
- b) As afirmações II, IV e V estão corretas.
- c) As afirmações I, II e V estão corretas.
- d) As afirmações II e IV estão corretas.

7. Um homem de 47 anos é internado em uma unidade psiquiátrica para depressão com ideação suicida e desintoxicação. Ele possui longa história de dependência de álcool. Qual dos seguintes sinais é mais característico da abstinência de álcool?

- a) Tremores
- b) Hipersonia
- c) Alucinações persistentes
- d) Pressão arterial diminuída

8. Um homem de 54 anos é internado num hospital geral para cirurgia eletiva. No passado ele já internou para tratar o TU Álcool, mas alerta a equipe de enfermagem que seguiu bebendo até o momento da internação. Quanto tempo após a interrupção do consumo de álcool pode ocorrer maior risco de *Delirium tremens (DT)*?

- a) 6 a 8 horas
- b) 8 a 12 horas
- c) 12 a 24 horas
- d) 24 a 72 horas

9. O *Delirium tremens (DT)* é a complicação mais grave da SAA, aumentando significativamente a morbimortalidade dos pacientes. Considerando o quadro clínico do *DT* podemos considerar que:

- I. O paciente em *DT* apresenta rebaixamento do nível de consciência, desorientação temporal e espacial, estreitamento do campo vivencial e desatenção.
- II. Trata-se de uma psicose orgânica que se caracteriza por um quadro confusional crônico, estável e autolimitado.
- III. Esse quadro confusional tende a ser pior pela manhã, melhorando no final do dia e início da noite.
- IV. A aplicação da Escala CIWA-Ar pode auxiliar na prevenção desta complicação da SAA.
- V. Os sintomas prodrômicos tipicamente incluem: insônia, tremores e medo.

Assinale a afirmativa CORRETA:

- a) As afirmações I, II e III estão corretas.
- b) As afirmações II, IV e V estão corretas.
- c) As afirmações I, IV e V estão corretas.
- d) As afirmações II e IV estão corretas.

10. Relacione as principais características clínicas com as alterações relacionadas à SAA:

1. *Delirium tremens* (DT).
2. Alucinação alcóolica.
3. Convulsão relacionada à abstinência alcóolica.
4. Encefalopatia de Wernicke.
5. Síndrome de Korsakoff.

- () Quadro caracterizado pela presença de alucinações visuais ou auditivas vívidas e de início agudo (exemplo : cliques, rugidos, trechos de músicas e vozes) sem o rebaixamento do nível de consciência (as alucinações ocorrem em um cenário de clara consciência).
- () Quadro de crises do tipo “grande mal” que ocorre principalmente nas primeiras 48 horas após abstinência alcóolica, sendo que cerca de 10 a 15% dos usuários de álcool apresentam este tipo de crise e 1/3 dos pacientes evoluem para DT se não tratados.
- () Quadro confusional agudo, flutuante e autolimitado inicia 72 h após ingestão de álcool e dura de 2 a 6 dias). Poucos pacientes evoluem para esta condição e trata-se de uma emergência médica.
- () Quadro caracterizado por comprometimento de memória (recente e remota) devido ao uso crônico de álcool e carência nutricional, com nítida dificuldade de aprendizagem e funções executoras, com ou sem confabulações presentes, semelhante a um quadro demencial.
- () Quadro caracterizado por confusão mental, alterações de oculomotoras (nistagmo e paralisia do olhar conjugado) e ataxia cerebelar (alargamento da base de sustentação e apoio para deambular) – conhecido como tríade clássica desta condição.

Assinale a alternativa correta:

- a) 1, 3, 4, 2, 5
- b) 1, 2, 3, 5, 4
- c) 2, 3, 1, 5, 4
- d) 3, 1, 2, 4, 5

- 11.** O profissional de enfermagem, ao atender um paciente com TU Álcool, deve:
- I) Separar o paciente do seu comportamento e aceitar o indivíduo com consideração positiva incondicional.
 - II) Considerar, sempre que possível, as ideias, preferências, solicitações e opiniões do paciente em decisões que dizem respeito ao seu plano de cuidados.
 - III) Ao se aproximar do paciente usar rótulos ou jargões como, por exemplo, alcoólatra, drogado, pois ajudam o paciente a reconhecer sua doença, motivando-o para o tratamento.

As afirmativas corretas são:

- a) I, II.
 - b) I, III.
 - c) II, III.
 - d) I, II, III.
 - e) Nenhuma das afirmativas.
- 12.** Enumere as colunas conforme as atitudes que o profissional tem durante o atendimento ao paciente com TU Álcool:

- 1 Vínculo
- 2 Respeito
- 3 Confiança
- 4 Sintonia

- () Ser honesto (p. ex., dizer “Não sei a resposta à sua pergunta, mas vou tentar descobrir”, e então fazer isso).
- () Encorajar o paciente, reforçando sua autoeficácia referente aos comportamentos que ele gostaria de mudar.
- () Tentar compreender a motivação subjacente ao comportamento do paciente, independentemente de quão inaceitável ele possa parecer.
- () Criar um sentimento de harmonia com base no conhecimento e apreciação da unidade de cada indivíduo.

Assinale a alternativa correta:

- a) 3, 1, 2, 4
- b) 3, 2, 1, 4
- c) 2, 3, 4, 1
- d) 4, 2, 1, 3

6.1 GABARITO

- 1. d
- 2. b
- 3. c
- 4. b
- 5. a, d, f
- 6. c
- 7. a
- 8. d
- 9. c
- 10. c
- 11. a
- 12. a

7. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

Ao final deste trabalho, percebo que todos os objetivos propostos foram alcançados. Foram realizados o levantamento bibliográfico, a organização do curso, e a avaliação do conteúdo do curso com especialistas. A obtenção desses objetivos específicos permitiu que o objetivo principal, o de elaborar um roteiro de curso para capacitação em avaliação e manejo dos sintomas de abstinência alcoólica na modalidade EaD para a equipe de enfermagem de hospital geral, fosse alcançado.

O tema abordado nesta dissertação não se esgota. Este curso apresenta uma ideia de oportunidade de aprendizagem no caminho a trilharmos em busca da maior familiarização da enfermagem com o paciente que sofre com TU Álcool, sobretudo quando abordado em serviços não especializados para o tratamento para o abuso de drogas.

Muitas vezes, essa área tão específica de conhecimento, associada ao fato de o álcool e o beber serem vistos como perigosos ou nocivos em qualquer quantidade e moralmente errados, pode afastar ainda mais o profissional do paciente que está sofrendo com a doença. Quando encaramos o beber como moralmente errado podemos, de forma não intencional, atribuir a doença à própria vontade do paciente.

Buscar uma prática mais humana, onde exista maior sensibilidade na escuta, destituída de preconceitos, pode ser um primeiro passo para garantir um cuidado de qualidade a esses pacientes. Para isso, existem três fatores fundamentais e que estão inter-relacionados: mudança de atitudes, busca de conhecimentos e aperfeiçoamento de habilidades.

A escolha por organizar o curso utilizando o método de Tipologias de Aprendizagem (Atitudinais, Factuals, Conceituais e Procedimentais) deu-se a partir da necessidade de estabelecer um critério didático para organizar de forma inteligível os conteúdos abordados. Percebe-se que a linha divisória entre uma

tipologia e outra é muito sutil, podendo até parecer confusa em algum aspecto. Entretanto, é nessa “confusão” que poderá fluir a linha de raciocínio para que aconteça o aprendizado.

Além disso, esse método prevê conteúdos atitudinais, e isso condiz com a necessidade de refletirmos sobre atitudes e valores ao cuidarmos dos pacientes. Os conteúdos atitudinais estão relacionados e configurados por componentes cognitivos, afetivos e de conduta. Cognitivos, pois exigem uma reflexão crítica até atingir sua interiorização. Afetivos, pois mobilizam as emoções e sentimentos da pessoa. E de conduta, pois alteram e reorganizam a forma de posicionamento da pessoa diante dos obstáculos e das situações do cotidiano (ZABALA, 1998).

Penso que, na melhor das hipóteses, o impacto de uma internação hospitalar oriunda de uma complicação clínica associada ao uso abusivo de bebida alcoólica pode ser uma oportunidade para evocar motivações no paciente para refletir e talvez, mudar o seu comportamento relacionado ao uso de álcool. E o cuidado que esse paciente receber durante esse momento agudo da internação poderá fazer diferença na decisão dele em relação a seguir um tratamento na área de adição.

Na nossa formação de profissional de enfermagem, somos ensinados a preservar a vida, estimulando as pessoas a cuidarem de sua saúde, entre tantas particularidades do nosso trabalho. Quando nos aproximamos dos pacientes para oferecer ajuda, carregamos conosco a expectativa de alcançar nossos objetivos, em especial no que se refere à adesão ao tratamento e à colaboração com a equipe.

Por vezes, isso não ocorre de imediato, e com pacientes com TU Álcool a adesão ao tratamento pode ser difícil, podendo levar o profissional a interpretar como uma resistência. Essa situação pode gerar distanciamento e até mesmo a insatisfação do profissional de enfermagem ao cuidar do paciente com TU Álcool.

Já era antigo meu interesse em trabalhar com o atendimento de pacientes com transtornos psiquiátricos em unidades de saúde não especializadas. Com a experiência na área da Adição, presenciando ou escutando relatos de dificuldades das equipes não especializadas para cuidar de pacientes que abusam de álcool e

outras drogas, percebi a necessidade de pesquisar e estudar sobre processos educacionais abordando especificamente a SAA.

Sabe-se que o EaD contribui muito para a aprendizagem de conteúdos específicos de diferentes áreas de atuação. Entretanto, no HCPA, até o momento não foi disponibilizado dentro da matriz de capacitação EaD, um curso com conteúdo direcionado ao cuidado do paciente com TUS. Sendo em ambiente hospitalar universitário, este estudo inicial oferece como sugestão o uso futuro de um módulo presencial com simulação realística, associado à etapa EaD deste curso, uma vez que o HCPA possui uma Unidade de Adição na qual os alunos poderão presenciar e avaliar os pacientes com sinais e sintomas de SAA. Outra contribuição possível dentro do HCPA seria utilizar o Laboratório de Simulação, criando-se, para tanto, um Protocolo de aprendizagem mediado pela Simulação Realística.

Por vezes, os profissionais de saúde e enfermagem podem não reconhecer a associação entre problemas clínicos comuns e o uso excessivo de bebidas alcoólicas, tratando as complicações orgânicas relacionadas ao álcool sem abordar uma causa importante do problema, que é o uso abusivo de bebida alcoólica. Percebo que os conteúdos referentes à anamnese e à triagem do uso de bebida alcoólica são de igual importância e, portanto, penso num futuro breve disponibilizar o material já trabalhado de forma a complementar o presente curso.

Sabe-se que o desconhecimento dessa área de trabalho específica não é exclusivo dos profissionais de enfermagem. Este conteúdo poderá ser adaptado para que outros profissionais da saúde possam usufruir desses conhecimentos. Contudo, ressalta-se que os resultados dessa dissertação foram de elaborar um curso específico para os profissionais da equipe de enfermagem.

Elaborar um *storyboard* para o curso enquanto produção técnica (material instrucional) foi um passo além do que estava previsto inicialmente no projeto, cujo produto seria a organização do conteúdo do curso. O *storyboard* nos aproxima ainda mais dos próximos passos: produzir e ofertar o curso.

Frente ao quadro epidemiológico de alta prevalência de pacientes com TU Álcool internados em hospital geral, e devido à significativa lista de comorbidades clínicas que podem estar associadas a este problema, saliento a importância de os profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem estarem capacitados para o atendimento desses pacientes.

Além disso, no momento de pandemia, diversas pesquisas estão sendo realizadas acerca do consumo de bebida alcoólica, que, conforme relatos de profissionais da área e dados sobre o aumento da venda de bebidas alcoólicas vem apresentando um aumento significativo. Isso pode indicar que futuramente teremos um número ainda maior de pacientes com TU Álcool sendo atendidos em unidades não especializadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. P. de; BRESSAN, R. A.; LACERDA, A. L. T. de. Neurobiologia e neuroimagem dos comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. In: DIEHL, A. et al. **Dependência química - prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre, RS: Artmed; 2011. p. 35 – 42.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5** [Recurso eletrônico]. Tradução de M.I.C. Nascimento. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, A. G. de; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. São Paulo: Manole, 2009.

ANDRADE, T. M. De; ESPINHEIRA, C. G. D. (In memoriam). A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira. In: FORMIGONI, M. L. O. S. (coord.). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1**. SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2014. p. 11-26.

BACELAR, J. F. Morbidades e consumo de álcool em pacientes internados na Clínica Médica de um hospital universitário. 2010. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, 2010. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/118154/bacelar_jf_tcc_botfm.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 22 mai. 2020.

BOTEGA, N. J. et al. Depression, alcohol use disorders and nicotine dependence among patients at a general hospital. Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo, v. 32, n. 3, p. 250-256, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000300008&lng=en&nrm . DOI: 10.1590/S1516-44462010005000016 Acesso em: 22 mai. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de abr. 2001. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/100810/lei-10216-01> Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

Diário Oficial da União, Brasília, 06 de abr. 2001 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 18 out. 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **A redução de danos no cuidado ao usuário de drogas** [recurso eletrônico]. Florianópolis: NUTE/UFSC; 2016.

DIEHL, A.; CORDEIRO D.C.; LARANJEIRA R. e colaboradores. **Dependência química - prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre, RS: Artmed; 2011.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C; LARANJEIRA, R. Álcool. In: _____. **Dependência química - prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre, RS: Artmed; 2011. p. 129 – 144.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C.C.H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde.** 4. ed. São Paulo: Artmed; 2005.

FILATRO, A. **Design instrucional na prática.** São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2008. In: GOMES, W. L. O designer instrucional e o storyboard. **Anais do EVIDOSOL.** Universidade Federal de Minas Gerais, Itajubá, 2016.

FORMIGONI, M. L. O. S., et. al. Neurobiologia: mecanismos de reforço e recompensa e os efeitos biológicos comuns às drogas de abuso. In: FORMIGONI, M. L. O. S. (coord.). **Efeitos de substâncias psicoativas: módulo 2.** SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2014. p. 11-26.

GALDUROZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 26, supl. 1, p. 3-6, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500002>. Acesso em: 29 abr. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL-MERLOS, AS. Aceitação e rejeição do alcoolismo: um estudo com alunos de enfermagem. 1985. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP). In: VARGAS, D.; LABATE, R. C. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 47-51, 2006. Disponível em: : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100009. DOI: 10.1590/S0034-71672006000100009. Acesso em: 14 out. 2020.

GLANN, J. et al. Alcohol Withdrawal Syndrome: Improving Recognition and Treatment in the Emergency Department. **Advanced emergency nursing journal**. v. 41, n.1, p. 65–75, 2019. Disponível em: <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=30702536>. DOI: 10.1097/TME.000000000000226. Acesso em: 2 mar. 2019.

KEYS, V. A. Alcohol withdrawal during hospitalization. **Am J Nurs**. [S.l.], v. 111, issue 1, p. 40-46, 2011. Disponível em: https://journals.lww.com/ajnonline/Abstract/2011/01000/Alcohol_Withdrawal_During_Hospitalization.26.aspx DOI: 10.1097/01.NAJ.0000393058.86439.9e. Acesso em: 4 mar. 2019.

LARANJEIRA, R. et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 62-71, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462000000200006. DOI: 10.1590/S1516-44462000000200006. Acesso em: 10 out. 2019.

LARANJEIRA, R. (Supervisão) [et al.]. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014. Disponível em: <https://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf> Acesso em 18 out. 2020.

LUIS, M. A. V. et al. Síndrome de dependencia alcohólica en servicios de urgencia: protocolo de evaluación para la práctica profesional de enfermería. **Enfermería Global**. Múrcia, v. 15, n. 41, p. 78-92, 2016. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412016000100005. Acesso em: 4 jan. 2019.

LUIS, M. A. V.; LUNETTA, A. C. F.; FERREIRA, P. S. Protocolo para avaliação da síndrome de abstinência alcoólica por profissionais de enfermagem nos serviços de urgência: teste piloto. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 39-45, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000100006&lng=en&nrm=iso. DOI: 10.1590/S0103-21002008000100006. Acesso em: 7 mai. 2019.

MARQUES, A.C.P.R.; RIBEIRO, M. Grupo Assessor: LARANJEIRA, R. (Coord.), et al. **Abuso e Dependência do Álcool**. Projeto Diretrizes Associação Brasileira de Psiquiatria, 2002.

MARQUES, A. C. P. R., et al. Diretrizes farmacológicas para tratamento da dependência de álcool. In: GIGLIOTTI, A. **Diretrizes gerais para tratamento da dependência química**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. p. 35-58.

McKinley, M. G. Alcohol withdrawal syndrome overlooked and mismanaged? **Critical Care Nurse**. Aliso Viejo, California, vol. 25, n. 3, p. 40-48, 2005. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4978420/> DOI: 10.1007/s40265-015-0358-1. Acesso em: 9 jun. 2019.

MICHELI, D. DE.; FORMIGONI, M. L. O.; CARNEIRO, A. P. L. Como motivar usuários de risco. In: FORMIGONI, M. L. O. S. (coord.). **Intervenção Breve: módulo 4**. SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2014. p. 23-34.

MIRIJELLO, A. et al. Identification and management of alcohol withdrawal syndrome. **Drugs**. [S.l.], vol. 75, p. 353-65, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4978420/> DOI:10.1007/s40265-015-0358-1. Acesso em: 19 out. 2020.

MOLL, M. F. et al. Síndrome de abstinência alcoólica: conhecimentos e cuidados de Enfermagem na clínica cirúrgica do hospital geral. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. Ribeirão Preto, vol. 15, n. 3, p. 1-8, 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762019000300011 DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2019.150193. Acesso em: 19 out. 2020.

MOTA, R. et al. Universidade aberta do Brasil: democratização do acesso à educação superior pela rede pública de educação a distância. In: BRASIL, MEC/SEED. Desafios da educação a distância na formação de professores. Brasília: Secretaria de Educação a Distância, 2006.

OLIVEIRA, V. R. de; OLIVEIRA, L. C. M. de. Reconhecimento de alcoolismo em um hospital geral universitário. **Rev. Médica Minas Gerais**. Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 92-95, 2006. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/261>. Acesso em 07 de fevereiro de 2019.

PECHANSKY, F. et al. Um estudo de alcoolismo em hospital-escola. **Rev Psiquiatr RS**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p. 32-42, 1984.

PECHANSKY, F. et al. Fatores de risco e proteção em diferentes grupos de usuários: mulheres, adolescentes, idosos e indígenas. In: FORMIGONI, M. L. O. S. (coord.). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil: módulo 1**. SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas:

Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. 5 ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2014. p. 67-86.

PECHANSKY, F. et al. References to alcohol consumption and alcoholism in medical records of a general hospital of Porto Alegre, Brazil--a comparison between samples with a 20 year gap. **Substance abuse**. [S.l.], v.25, n. 2, p. 29-34, 2004. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/7760841_References_to_alcohol_consumption_and_alcoholism_in_medical_records_of_a_general_hospital_of_Porto_Alegre_Brazil--a_comparison_between_samples_with_a_20_year_gap . DOI: 10.1300/J465v25n02_05. Acesso em: 19 out. 2020.

PEREIRA, G. B. Prevalência de abuso de álcool e outras drogas em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. 2017. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2017. Disponível em:

http://quaiaca.ufpel.edu.br:8080/bitstream/prefix/3818/1/Dissertacao_Gabriela_Botelho_Pereira.pdf . Acesso em: 22 mai. 2020.

PONCE, T. D. et al. Treinamento de equipes de enfermagem para assistência à Síndrome de abstinência alcoólica: revisão integrativa. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. [S.l.]. v. 12, n. 1, p. 58-64, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/119197>. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v12i1p58-64. Acesso em: 27 mar. 2019.

PRANKE, M. A.; CORAL, G. P. Alcohol dependence in gastroenterology outpatient on a public hospital. *Arq. Gastroenterol.* São Paulo, v. 54, n. 4, p. 338-343, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032017000400338&lng=en&nrm=iso . DOI: 10.1590/s0004-2803.201700000-40. Acesso em: 22 mai. 2020.

RAMOS, F. L. P. et al. Não-identificação de alcoolismo em hospital-escola: um problema médico persistente. **Rev AMRIGS**, Porto Alegre, v. 46, n. 12, p. 34-7, 2002. Disponível em: <http://livrozilla.com/doc/924691/n%C3%A3o-identifica%C3%A7%C3%A3o-de-alcoolismo-em-hospital-escola.pmd> Acesso em: 18 out. 2020.

RIDDLE, E. et al. Alcohol withdrawal: development of a standing order set. **Crit Care Nurse**. [S.l.] v. 30, n. 3, p. 38-47, 2010. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/30/3/38>. DOI: 10.4037/ccn2010862. Acesso em: 10 jun. 2019.

ROBERTS, E. et al. The prevalence of wholly attributable alcohol conditions in the United Kingdom hospital system: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. **Addiction**. vol.114, p. 1726-1737, 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.14642> . DOI: 10.1111/add.14642. Acesso em: 19 out. 2020.

ROGERS, C. R. **Client Centered Therapy**. Boston: Houghton Mifflin, 1951. In: TOWSEND, M. C. Desenvolvimento de relações. In: _____. **Enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 73-82.

ROSA, A. A. et al . Percepção e registro de abuso de álcool e de doenças relacionadas num hospital geral universitário. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 335-339, 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301998000400014&lng=en&nrm=iso . DOI: 10.1590/S0104-42301998000400014 Acesso em: 22 mai. 2020.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v.20, n.2, p. 5-6, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso. DOI: [10.1590/S0103-21002007000200001](https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001) Acesso em: 14 mai. 2019.

SÁNCHEZ SOLÍS, A.; DE SAN JORGE, X. Experiencias del personal de enfermería con pacientes hospitalizados por abuso de alcohol. **ENEO**, México, v. 14, n. 1, p. 19-27, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300690> DOI: 10.1016/j.reu.2016.12.001. Acesso em: 14 out 2020.

SCHUCKIT, M. A. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). **N Engl J Med**. Massachusetts, vol. 371, p. 2109-2113, 2014. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/08b9z9th> DOI: 10.1056/NEJMra1407298. Acesso em: 19 out. 2020.

TOWSEND, M. C. Desenvolvimento de relações. In: _____. **Enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 73-82.

TOWSEND, M. C. Distúrbios relacionados a drogas. In: _____. **Enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 323-362.

TRAVELBEE, J. **Interpersonal aspects of nursing**. 2. ed. Philadelphia: F.A. Davis, 1971. In: TOWSEND, M. C. Desenvolvimento de relações. In: _____. **Enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 73-82.

VARGAS, D.; LABATE, R. C. Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 252-60, 2005. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4577/2511>. Acesso em: 15 out. 2019.

VARGAS, D. Cuidados de adultos em situações de abuso de substâncias psicoativas – abordagem geral. In: LEITE, M. M. J. et al. **PROENF – Programas de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2006. p. 127-168.

VARGAS, D.; LABATE, R. C. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 47-51, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000100009. DOI: 10.1590/S0034-71672006000100009
Acesso em: 7 fev. 2019.

VARGAS, D.; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e drogas (CAPSAD): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p. 119-126, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100014&lang=pt. DOI: 10.1590/S0104-07072011000100014
Acesso em: 13 mai. 2019.

VARGAS, D. et al. Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 242-248, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000200006&script=sci_abstract&tlng=pt. DOI: 10.1590/S1414-81452013000200006. Acesso em: 13 mai. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health**. Geneva, 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/gsr_2018/en/#. Acesso em: 28 out. 2020.

ZABALA, A. **A prática educativa**: como ensinar. Tradução de Ernani F. da F. Rosa. Porto Alegre: Artmed, 1998.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE AVALIAÇÃO DO CURSO

1. CABEÇALHO
Data: / /2020
Nome:
Categoria profissional:
Público alvo do curso: equipe de enfermagem
Tempo estimado para o preenchimento deste roteiro: 45 minutos
2. ROTEIRO
Conteúdo temático é relevante? <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Adequado parcialmente <input type="checkbox"/> Inadequado Comentários: _____ _____
Conteúdo é atual? <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Adequado parcialmente <input type="checkbox"/> Inadequado Comentários: _____ _____
O objetivo do curso está claro? <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Adequado parcialmente <input type="checkbox"/> Inadequado Comentários: _____ _____
Conteúdo coerente com o objetivo do curso? (capacitar profissionais de enfermagem para a identificação de sinais e sintomas da SAA) <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Adequado parcialmente <input type="checkbox"/> Inadequado Comentários: _____ _____
Conteúdo coerente com o objetivo do curso? (capacitar profissionais de enfermagem para o manejo do paciente com SAA) <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Adequado parcialmente <input type="checkbox"/> Inadequado Comentários: _____ _____
A organização da sequência do conteúdo do curso é lógica? <input type="checkbox"/> Adequado <input type="checkbox"/> Adequado parcialmente <input type="checkbox"/> Inadequado Comentários: _____ _____

O tempo previsto do curso é suficiente para atingir o objetivo?

Adequado Adequado parcialmente Inadequado

Comentários:

Os casos clínicos favorecem o aprendizado?

Adequado Adequado parcialmente Inadequado

Comentários:

O nível de fidedignidade dos casos clínicos está adequado?

Adequado Adequado parcialmente Inadequado

Comentários:

O conteúdo aborda comportamentos (atitudes do profissional)?

Adequado Adequado parcialmente Inadequado

Comentários:

Contribui para um tratamento eficiente para o paciente com TU álcool internado em hospital geral?

Adequado Adequado parcialmente Inadequado

Comentários:

As informações são compreensíveis?

Adequado Adequado parcialmente Inadequado

Comentários:

As informações são suficientes?

Adequado Adequado parcialmente Inadequado

Comentários:

A verificação de aprendizagem empregada está adequada?

Adequado Adequado parcialmente Inadequado

Comentários:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nº do projeto GPPG ou CAAE 19999719.4.0000.5327

Título do Projeto: Roteiro de curso EaD em avaliação e manejo da abstinência alcoólica para equipe de enfermagem: uma revisão narrativa validada por especialistas

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é elaborar um roteiro de curso para capacitação em avaliação e manejo dos sintomas de abstinência alcoólica na modalidade EaD para a equipe de enfermagem de hospital geral. Esta pesquisa está sendo realizada pelo Serviço de Enfermagem em Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: para a validação do conteúdo do curso será realizado um painel de especialistas em que serão convidados cinco profissionais da área de enfermagem para analisar e validar o curso proposto através do preenchimento de um roteiro de avaliação do curso. Você fará parte do grupo desses cinco profissionais que participarão dessa etapa. O objetivo desta etapa é qualificar a organização do curso mediante a avaliação dos profissionais quanto ao conteúdo, carga horária, estratégias de aprendizagem (metodologia) e método de avaliação, descrevendo suas impressões acerca do curso de acordo com instrumento elaborado para esta finalidade.

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são riscos mínimos devido ao acesso a informações divulgadas no meio científico mediante produção autoral de pesquisadores sobre o tema. Nesta revisão narrativa serão assegurados os aspectos éticos, respeitando a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores pesquisados fazendo as devidas citações e referências conforme as orientações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Pode também causar desconforto ao participante pelo tempo de resposta do roteiro de avaliação do curso, estimado em aproximadamente uma hora. Além disso existe uma possível quebra de confidencialidade devido ao pequeno número de profissionais participantes. O presente termo visa garantir a manutenção do sigilo e da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as etapas da pesquisa.

A participação nesse estudo não trará benefício direto ao participante, porém os resultados deste estudo irão qualificar a assistência de enfermagem destinadas aos pacientes com problemas relacionados à Síndrome de Abstinência Alcoólica, prevenindo complicações de maior ou menor gravidade.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo institucional.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com o pesquisador responsável Marcio Wagner Camatta, chefe do Serviço de Enfermagem em Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) através do telefone (51) 33596477, com a pesquisadora Marília Borges Osório, enfermeira assistencial na Unidade de Adição da Unidade Álvaro Alvim do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) através do telefone (51) 33596475 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

Assinatura

Local e Data: _____

APÊNDICE C – CONTEÚDO DO CURSO ENCAMINHADO PARA AVALIADORES

<p style="text-align: center;">HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE – UFRGS MESTRADO PROFISSIONAL EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS</p> <p style="text-align: center;">Roteiro de curso EaD em avaliação e manejo da abstinência alcoólica para equipe de enfermagem: uma revisão narrativa validada por especialistas</p> <p style="text-align: center;">Marília Borges Osório</p> <p style="text-align: center;">Orientador: Marcio Wagner Camatta</p> <p style="text-align: center;">Porto Alegre 2020</p>	<p style="text-align: center;">RESUMO</p> <p>Roteiro de curso EaD em avaliação e manejo da abstinência alcoólica para equipe de enfermagem: uma revisão narrativa validada por especialistas</p> <p>O Transtorno por Uso de Alcool (TU Alcool) é um grave problema de saúde pública com prevalência bastante alta em hospital geral, que muitas vezes pode constituir-se como porta de entrada para o tratamento. A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que surgem já nas primeiras horas após a diminuição ou a interrupção do uso de álcool, e quando não manejada corretamente pode ter consequências graves à saúde, colocando até mesmo em risco a vida do paciente. Por saber-se que durante a internação hospitalar a equipe de Enfermagem é a que tem o maior contato com o paciente, este estudo tem como objetivo elaborar um roteiro para curso EaD de capacitação para a equipe de enfermagem em avaliação e manejo dos sintomas de abstinência alcoólica. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo narrativa. Ao se tornar acessível aos norteadores dos cuidados e o conhecimento científico referente à identificação dos sinais e sintomas da SAA, e aos instrumentos facilitadores dessa avaliação, um dos resultados esperados é que o roteiro de EaD auxilie na prevenção de complicações mais graves decorrentes da SAA, de uma forma homogênea, abrangente e simples.</p> <p>Descritores: Alcoolismo, Intoxicação alcoólica, Síndrome de Abstinência Alcoólica, Hospital geral, Enfermagem e Educação em Enfermagem.</p>
<p style="text-align: center;">SUMÁRIO</p> <p>1. APRESENTAÇÃO.....03</p> <p>2. CONTEÚDO DO CURSO.....05</p> <p>3. CASOS CLÍNICOS.....51</p> <p>4. ATIVIDADES.....55</p>	<p style="text-align: right;">3</p> <p>1. APRESENTAÇÃO</p> <p>O atendimento à pessoa que está sofrendo algum problema de saúde em decorrência do Transtorno por Uso de Alcool (TU alcool) poderá ser realizado em diferentes serviços da rede de saúde, embora, dependendo do estado de saúde bem como da gravidade da intoxicação, o serviço de atendimento hospitalar possa ser o mais indicado para o primeiro atendimento.</p> <p>Penso que, é importante ter conhecimento clínico apropriado para atender a essas demandas em diferentes serviços de saúde, nas variadas especialidades, pois as pessoas que buscam atendimento por diferentes demandas podem, ou não, informar sobre os hábitos de consumo de álcool. Dessa maneira, a equipe de enfermagem deve estar atenta para avaliar o consumo de álcool, pois é comum observar que entre as pessoas que fazem uso repetido e prolongado de álcool, surgindo algum transtorno relacionado ao seu consumo, após a sua interrupção ou redução poderão surgir sintomas de menor ou maior gravidade.</p> <p>Entre as principais complicações geradas pela interrupção abrupta do uso de álcool por pessoas com TU alcool, está a Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA). Nesse contexto, a atuação da equipe de enfermagem é de extrema importância, já que são necessárias tomadas de decisão relacionadas ao manejo dos sintomas da SAA para aliviar os desconfortos, além de proporcionar cuidados referentes às necessidades humanas básicas e o uso de medicações e cuidados decorrentes de eventuais comorbidades clínicas e psiquiátricas relacionadas a cada caso.</p> <p>Frente a essas constatações, observou-se a necessidade de organizar um curso de capacitação sobre a avaliação e o manejo da SAA para profissionais de enfermagem que atuam em hospital geral. Para isso foi realizado um levantamento bibliográfico referente às melhores práticas de cuidado em saúde e enfermagem para avaliar e cuidar de indivíduos com TU alcool em unidades de internação de hospital geral.</p>

4

A organização do conteúdo do curso foi inspirada em ZABALA, 1993 (apud SALES; CERCHIARI, 2018) que divide os temas em Tipologias de Aprendizagem da seguinte maneira:

Tipologias de aprendizagem	Conteúdo do Curso
Factuais (exigem estratégias simples de ensino, como a repetição ou memorização, porque se constituem de fatos como nomenclatura, localização, classificação e quantificação).	Alcool no mundo Alcool no Brasil Prevalência de alcoolismo em hospital geral
Conceituais (aquilo que se deve saber, isto é, entender e construir a partir dos fatos e procedimentos).	Conceito de álcool Conceito de transtorno por uso de substância (TUS) Conceito de transtorno por uso de substância (TUS) - por álcool Fatores de risco para o TU álcool Identificação do paciente que tem problemas com uso de álcool Principais doenças clínicas que podem estar relacionadas com o uso abusivo de álcool Conceito de Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) Descrição detalhada dos sinais e sintomas da SAA (futuramente será ilustrada) Descrição das complicações da SAA
Procedimentais (o que se deve saber fazer)	Prevenção da SAA Instrumentos facilitadores de avaliação/ Escala CINA-Ae Cuidados de enfermagem: prevenção da SAA Cuidados de enfermagem: manejo da SAA
Atitudinais (constituem-se de valores que orientam sobre como se deve ser)	Acolhimento Atitudes da equipe de enfermagem com o paciente alcoolista Relacionamento equipe de enfermagem - paciente

Nesta etapa, está sendo realizado um painel de especialistas, para o qual você foi convidado(a). O objetivo desta etapa é qualificar a organização do curso mediante a avaliação dos profissionais quanto ao conteúdo, carga horária,

5

estratégias de aprendizagem (metodologia) e método de avaliação, descrevendo suas impressões acerca do curso de acordo com instrumento elaborado para esta finalidade.

Modalidade do Curso	EaD
Objetivo do curso	Capacitar os profissionais de enfermagem de unidade não especializada para avaliação e manejo da SAA.
Carga horária prevista para realização do curso	1h

2. CONTEÚDO DO CURSO

FACTUAIS

Temas:

1. ALCOOL NO MUNDO
2. ALCOOL NO BRASIL
3. PREVALÊNCIA DE ALCOOLISMO EM HOSPITAL GERAL

Você sabia que o consumo de álcool contribui para 3 milhões de mortes por ano em todo o mundo? Esse número representa 5,3% de todas as mortes no mundo. O álcool também é o principal fator de risco para mortalidade prematura e incapacidade entre as idades de 15 e 49 anos (Global status [report](#)).

No Brasil, 78,6% da população maior de 15 anos já consumiram bebida alcoólica alguma vez na vida (Global status [report](#)).

Os dados do III Levantamento Nacional Sobre o [Uso de Drogas pela População Brasileira mostram](#) que cerca de 30,1% consumiram pelo menos 1 dose no último mês, representando aproximadamente 46 milhões de habitantes (III LENAD).

6

Com relação à prevalência de pacientes alcoolistas em hospital geral há diversos estudos, mas em grande parte deles os autores mencionam como limitação as falhas e/ou ausências de registro de consumo de álcool nos prontuários dos pacientes.

No Brasil, um estudo realizado em hospital geral teve como resultado mais marcante a subnotificação sobre uso de bebida alcoólica em cerca de 50% dos prontuários. Esse estudo foi repetido duas décadas depois do primeiro, sendo encontrados os mesmos resultados (FECHANSKY, et al., 2004).

Uma investigação realizada no Reino Unido mostrou que aproximadamente 1 em cada 5 pacientes internados em seus hospitais está usando álcool de maneira prejudicial, e 1 em cada 10 é dependente de álcool (ROBERTS, et al., 2019).

Nos Estados Unidos, o alcoolismo responde por até 62% das consultas do departamento de emergência (GLANN, et al., 2019).

Diferentes estudos mostram que no Brasil essa prevalência não é tão diferente (FRANKE e CORAL, 2017; BOTEGA, et al., 2010; BACELAR, 2010; RAMOS, et al., 2002; ROSA, et al., 1998; PEREIRA, 2017; OLIVEIRA e OLIVEIRA, 2006; e PONCE, 2016).

O consumo de álcool contribui para uma ampla variedade de resultados adversos à saúde, desde riscos comportamentais, como a condução de veículos após consumo de bebida alcoólica provocando acidentes de trânsito, bem como doenças cardiovasculares e câncer, entre outras. Sendo assim, o atendimento de pacientes alcoolistas em hospitais gerais é bastante comum.

A equipe de enfermagem é a que permanece por mais tempo nos serviços, podendo assim estabelecer pontes com intuito de promover vínculos entre os demais profissionais e pacientes, e fazer uma avaliação integral do estado e evolução dos pacientes (VILLAR LUIS et al., 2016). É a equipe de enfermagem que mantém maior proximidade com as pessoas hospitalizadas, desde a

7

admissão, até a alta, o que lhe possibilita avaliar alterações e evolução, sejam elas orgânicas ou psíquicas.

Dessa forma, faz-se importante que a equipe de enfermagem esteja treinada quanto aos cuidados com os pacientes alcoolistas, especialmente no que tange ao reconhecimento e manejo dos sinais e sintomas da SAA, para assegurar uma assistência em saúde de qualidade para esta população.

CONCEITUAIS

Temas:

1. CONCEITO DE ALCOOL
2. CONCEITO DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIA (TUS)
3. CONCEITO DE TRANSTORNO POR USO DE ALCOOL (TU ALCOOL)
4. FATORES DE RISCO PARA O TU ALCOOL
5. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE QUE TEM PROBLEMAS COM USO DE ALCOOL
6. PRINCIPAIS DOENÇAS CLÍNICAS QUE PODEM ESTAR RELACIONADAS COM O USO ABUSIVO DE ALCOOL
7. CONCEITO DE SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA (SAA)
8. DESCRIÇÃO DETALHADA E ILUSTRADA DOS SINAIS E SINTOMAS DA SAA
9. DESCRIÇÃO DAS COMPLICAÇÕES DA SAA

Conceito de álcool

O álcool é uma substância natural, formada pela reação do açúcar em fermentação com esporos de leveduras. Embora haja muitos **alcoóis**, os tipos nas bebidas alcoólicas são produzidos pelo uso de diferentes fontes de açúcar para o processo de fermentação. As bebidas destiladas derivam seu nome da concentração adicional do álcool por um processo denominado destilação.

O álcool exerce um efeito depressor sobre o SNC, ocasionando alterações comportamentais e afetivas. Os efeitos do álcool sobre o SNC são proporcionais à concentração alcoólica sanguínea. Outros fatores influenciam efetivamente

esses efeitos, como o tamanho do indivíduo e a presença ou não de alimento no estômago por ocasião do consumo de álcool.

Cerca de 20% de uma dose única de álcool são absorvidos direta e imediatamente pela corrente sanguínea através da parede do estômago. O sangue o leva diretamente ao cérebro, onde o álcool age sobre as áreas centrais de controle do cérebro, tornando mais lenta ou diminuindo a atividade cerebral. Os outros 80% de álcool num drink são apenas processados mais lentamente pelo trato intestinal superior e passam à corrente sanguínea. Somente alguns momentos após ter sido consumido o álcool pode ser encontrado em todos os tecidos, órgãos e secreções do corpo (TOWNSEND, 2002).

Conteúdo alcoólico

O conteúdo alcoólico varia com o tipo de bebida. A seguir, constam alguns exemplos:

Cachaça: entre 38 e 48% de teor alcoólico.

Cervejas (podem ser compostas de água, lúpulo, malte, levedura, trigo, milho, cevada, aveia, açúcares e xaropes): entre 5 e 9%, já o chope fica na casa dos 5%.

Espumante: tem 11% de álcool.

Vinho: tem teor alcoólico de 12 a 14%; o branco seco ou doce contém 12%, o tinto varia até 14%.

Tequila: 27% de teor alcoólico.



Dose-padrão

As bebidas alcoólicas podem conter diferentes concentrações de álcool puro. Por isso, dizemos que uma bebida é "mais forte" que outra. Existe uma comparação entre as bebidas em relação à quantidade de álcool puro que cada uma possui, denominada dose-padrão, equivalente a cerca de 14 gramas, ou seja, 17,5 ml de álcool puro.

A EQUIVALÊNCIA DA QUANTIDADE DE ALCOOL EM DIFERENTES BEBIDAS, EM TERMOS DE DOSE PADRÃO

Bebida destilada	Cerveja	taça de vinho
1 dose de 40ml de destilado (Cachaça, conhaque, uísque, vodka)	Uma lata de cerveja (340ml) ou 1 copo de conhaque	1 copo de 140ml de vinho

Unidades de álcool

O consumo de álcool é medido por um conceito chamado unidades de álcool. Cada unidade da substância equivale a 10g de álcool puro.

Para obter as unidades equivalentes, é necessário multiplicar a quantidade de bebida por sua concentração alcoólica.

Observar que a quantidade de uma dose pode ser influenciada por diversos fatores, como por exemplo, o tamanho do copo, quantidade de gelo, quantidade oferecida para "o santo" e o famoso "chrorinho".

Conceito de Transtorno por Uso de Substâncias (TUS)

O Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) consiste na alteração de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos. O indivíduo segue usando a substância apesar dos problemas significativos relacionados a ela (DSM-5, 2014).

Nos indivíduos com TUS ocorre alteração no Sistema de Recompensa Cerebral, área responsável pela motivação, memória, aprendizagem, controle e planejamento (DSM-5, 2014).

10

Todas as substâncias de abuso aumentam os níveis de dopamina, que é o principal neurotransmissor no sistema de recompensa cerebral, produzindo sensação de prazer (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Os efeitos de uma substância dependem de três elementos:

1. Suas propriedades farmacológicas (estimulantes, depressoras ou perturbadoras);
2. A pessoa que a usa, suas condições físicas e psíquicas, inclusive suas expectativas;
3. O ambiente e o contexto de uso dessa droga, tais como as companhias, o lugar de uso e o que representa esse uso socialmente. (SUPERA)

Propriedades farmacológicas:

- Depressoras: Drogas que diminuem a atividade mental, diminuindo a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. Exemplos: ansiolíticos (tranquilizantes), álcool, inalantes (cola) e narcóticos (morfina, heroína).
- Estimulantes: Drogas que aumentam a atividade mental. Exemplos: cafeína, tabaco, anfetaminas, cocaína e crack. As anfetaminas, assim como os outros estimulantes, costumam ser utilizadas para se obter um estado de euforia, a fim de se manter acordado por longos períodos de tempo ou para diminuir o apetite.
- Perturbadoras: Drogas que alteram a percepção são chamadas de substâncias alucinógenas (ou psicodélicas). Exemplos: LSD, ecstasy, maconha e outras substâncias derivadas de plantas ou cogumelos.

Já a gravidade do TUS pode ser classificada em leve, moderada ou grave de acordo com a quantidade de critérios de sintomas confirmados (DSM-5, 2014). O DSM-5 estabelece 11 critérios diagnósticos para o TUS, divididos em 4 grupos: baixo controle sobre o uso da substância, prejuízo social, uso arriscado da substância e farmacológicos.

11

ATENÇÃO: se você quiser saber mais sobre esses critérios diagnósticos busque no material para leitura! (a ideia é de que este material esteja como material de apoio no sistema moodle)

Conceito de Transtorno por Uso de Álcool (TU Álcool)

Entre os diversos Transtornos por Uso de Substâncias está o Transtorno por Uso de Álcool, que é definido por um agrupamento de sintomas comportamentais e físicos, os quais podem incluir abstinência, tolerância e fissura. Em decorrência de cada um desses sintomas, sabe-se que indivíduos com TU álcool podem continuar a consumir a substância, apesar do conhecimento de que o consumo contínuo representa problema significativo de ordem física, psicológica, social ou interpessoal (DSM-5, 2014).

Abstinência = caracteriza-se por sintomas de abstinência que se desenvolvem aproximadamente 4 a 12 horas após a redução do consumo que se segue a uma ingestão prolongada e excessiva de álcool, este conceito será visto com mais detalhes logo adiante;

Tolerância = necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito, ou diminuição do efeito do álcool com as doses anteriormente ingeridas;

Fissura= indicada por um desejo intenso de beber, o qual torna difícil pensar em outras coisas e frequentemente resulta no início do consumo.

O TU álcool é um grave problema de saúde pública, sendo um dos transtornos mentais mais prevalentes na sociedade. Trata-se de uma patologia de caráter crônico responsável por inúmeros prejuízos clínicos, sociais, trabalhistas, familiares e econômicos. Esse transtorno está também frequentemente associado a situações de violência, acidentes de trânsito e traumas (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

12

O TU álcool apresenta um curso variável, caracterizado por períodos de remissão e recaídas. Uma decisão de parar de beber, frequentemente em resposta a uma crise, tende a ser seguida por um período de semanas ou meses de abstinência, em geral seguido por períodos limitados de consumo controlado e não problemático.

Contudo, assim que a ingestão de álcool é retomada, é muito provável que o consumo aumente rapidamente e que voltem a ocorrer problemas graves. (DSM-5, 2014).

O DSM-5 (2014) define o TU álcool como um padrão problemático de uso de álcool, que leva a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos 2 dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. Álcool é frequentemente consumido em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso de álcool.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção de álcool, na utilização de álcool ou na recuperação de seus efeitos.
4. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar álcool.
5. Uso recorrente de álcool, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso continuado de álcool, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.
7. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso de álcool.
8. Uso recorrente de álcool em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física.
9. O uso de álcool é mantido, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo álcool.

13

10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: a. Necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado. b. Efeito acentuadamente menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.

11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: a. Síndrome de abstinência característica de álcool. b. Álcool (ou uma substância estreitamente relacionada, como benzodiazepínicos) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

Fatores de risco para TU álcool

Evidências científicas mostram que fatores individuais e ambientais, que vão desde a herança genética até o contexto social, influenciam os hábitos de consumo e danos associados (CISA, 2020).

Os principais fatores de risco podem ser agrupados da seguinte forma:

1. Fatores individuais (biológicos e personalidade):

Sexo: O corpo feminino tem menor quantidade de água que o masculino, o que determina que, com a mesma quantidade de álcool, a concentração será maior no organismo feminino. Outra particularidade feminina é a menor quantidade da enzima responsável pela primeira etapa de metabolização do álcool no organismo (álcool-desidrogenase - ADH), fazendo com que a mulher atinja maiores concentrações de álcool no sangue e demore mais tempo para metabolizá-lo do que o homem, bebendo quantidades equivalentes. As alterações hormonais também são importantes nas mulheres, pois o período pré-menstrual está associado a um aumento do consumo de álcool, provavelmente em busca de alívio para a tensão. "Resumindo", as mulheres são mais sensíveis aos efeitos do álcool e atingem níveis de concentração mais altos e com menores quantidades da bebida.

Idade: A adolescência é um período de grande risco para envolvimento com substâncias psicoativas. Quanto mais cedo um jovem inicia o consumo de álcool

14

e/ou outras drogas, maiores são as chances de se tornar dependente (SUPERA, 2015).

Herança genética: 40 a 60% da variação no risco são explicados por influências genéticas. Filhos biológicos de indivíduos com transtorno por uso de álcool, mesmo quando adotados por pais sem o transtorno, têm o risco 3 a 4 vezes maior de desenvolver a doença. A predisposição genética não é determinante para o desenvolvimento do transtorno por uso de álcool. Entretanto, pessoas com história familiar devem ser alertadas de que têm maior risco de desenvolverem um problema semelhante ao dos pais do que a população em geral.

Comorbidade psiquiátrica: A cada dois pacientes que buscam tratamento para transtorno por uso de substância pelo menos um tem outro transtorno mental. Cerca de 40% dos pacientes com problemas decorrentes do uso de álcool sofrem de algum transtorno de humor. O uso de substâncias aumenta em 2 a 3 vezes o transtorno de ansiedade, sendo o álcool a substância mais utilizada para diminuição dos sintomas de ansiedade. Com relação aos transtornos do sono, as taxas de insônia variam de 58 a 91% (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

Personalidade: Pessoas muito impulsivas têm maiores chances de iniciar precocemente o consumo de álcool e ter problemas mais graves. Além disso, formas inadequadas de enfrentamento de estresse estão relacionadas ao alto consumo de substâncias. (DSM - 5, 2014)

2. Fatores ambientais (dinâmicos e diversos):

Ambiente: Os estímulos ambientais podem alterar o risco de usar drogas, conhecido como "condicionamento" ao ambiente. A visão do local onde o usuário costumava fazer uso da substância pode estimular a vontade de usá-la, pois ocorre uma associação entre o ambiente e a memória do efeito da substância (SUPERA, 2015). Além disso, o consumo intenso da substância pelas pessoas de maior convívio, também pode servir de estímulo ao uso da substância (DSM - 5, 2014).

15

Políticos e econômicos: A facilidade de acesso ao álcool, incluindo o preço, contribui para o maior consumo de álcool. (DSM-5, 2014). A falta de implementação de políticas sobre o álcool e a falta de fiscalização em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de idade são fatores agravantes.

3. Drogas (características farmacológicas):

Todas as substâncias capazes de causar euforia ou alívio a dor têm uma característica em comum: todas atuam de maneira diferenciada no circuito de recompensa, o que resulta na liberação de dopamina (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011). Sempre que o circuito de recompensa é estimulado, ele manda mensagens para a amígdala e essa, classificando o estímulo como "bom", envia esses estímulos para áreas do cérebro relacionadas à memória. Quanto ao início do efeito, quanto menos barreiras a substância tenha que atravessar para chegar ao cérebro, mais rápido será o seu efeito. Por exemplo, a cocaína, quando mascada, leva mais tempo para chegar ao cérebro do que quando ela é cheirada. Já a duração do efeito depende da eliminação (fases de distribuição e excreção). Outra característica importante é que a maioria das substâncias atua de acordo com os sistemas de neurotransmissores clássicos, como por exemplo, a cocaína que atua inibindo a recaptação de dopamina, serotonina e noradrenalina.

Álcool: Atua principalmente em neurotransmissores do sistema GABA e no glutamato, e de acordo com estudos mais recentes também nos neurotransmissores de **monoamina** e do transportador de **monoaminas** pré-sinápticos, incluindo principalmente dopamina e 5-hidroxitriptamina que desempenham papéis importantes na ocorrência, no desenvolvimento e na disfunção neuronal da síndrome de dependência do álcool.

Complicou?

Não precisa!

O mais importante é termos claro que o álcool atua no SNC, e dependendo da quantidade ingerida causa leve euforia e progressiva sedação. A relação que o indivíduo faz com a bebida alcoólica, como já visto, depende de múltiplos

16

fatores. E nesse processo de aprendizado de maneiras de usar o álcool, é com o surgimento dos sintomas de abstinência que se estabelece uma forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência, pois o indivíduo passa a beber para alívio desses sintomas de abstinência.

Identificação do paciente que tem problemas com uso de álcool (RASTREAMENTO/ SCREENING)

É muito comum que as complicações clínicas do alcoolismo, ou até mesmo do uso nocivo do álcool, sejam as razões principais pelas quais alguém irá procurar ajuda. Independentemente dos motivos relatados pelo paciente para procurar o hospital, ele deve ser interrogado a respeito de hábitos de ingestão de bebida alcoólica.

A informação quanto ao padrão de consumo de bebida alcoólica deve estar registrada e comunicada à equipe que está cuidando do paciente para facilitar a identificação de se o sintoma apresentado pelo paciente é ou não decorrente desse consumo.

Idealmente, todos os pacientes devem ser triados quanto ao uso de álcool, por meio de questionário de auto-relato preenchido antes da entrevista ou com uma pergunta simples na entrevista.

A identificação do comportamento de abuso de bebida alcoólica é o primeiro passo para auxiliar a equipe de enfermagem na avaliação de sinais e sintomas, bem como dos riscos aos quais o paciente com TU álcool está sujeito, como, por exemplo, quando ele está internado para realizar uma intervenção cirúrgica, pois isso possibilitará prevenir complicações nos períodos pré-operatório, transoperatório e/ou pós-operatório.

Os instrumentos de triagem devem servir como uma ferramenta de trabalho, a fim de identificar a intervenção necessária para a melhoria da condição de saúde e qualidade de vida do paciente e não para rotular o mesmo. Entre os instrumentos de triagem para uso de álcool estão o CAGE e o AUDIT.

17

CAGE

O nome do instrumento é uma abreviação das quatro perguntas existentes no instrumento, na sua versão em inglês.

QUESTIONÁRIO CAGE		SIM	NÃO
C (cut down)	Alguma vez o(a) sr(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A (annoyed)	As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G (guilty)	O (a) sr. (a) se sente culpado (a) pela maneira com que costuma beber?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E (eye opened)	O (a) sr. (a) costuma beber pela manhã (ao acordar), para diminuir o nervosismo ou a ressaca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A correção do CAGE é feita da seguinte forma:

1. Atribuir 1 ponto para cada resposta positiva (sim) a cada uma das perguntas;
2. Somar os pontos das respostas;
3. Quando o resultado for 2 pontos ou mais indica grande possibilidade de dependência de álcool.

Apesar de ser um instrumento de fácil aplicação, ele serve mais para detectar dependentes mais graves.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Características desse instrumento:

1. Avaliar diversos níveis de uso de álcool, desde o não uso até a provável dependência;
2. Avaliar o uso de álcool nos últimos 12 meses;
3. Todas as equipes de saúde ou assistência social podem usar, bem como em outros serviços;
4. Pode ser utilizado em forma de entrevista ou autoaplicação (o próprio paciente pode responder sozinho ao questionário);
5. Tempo de aplicação: de 2 a 4 minutos;

18

6. Suas questões correspondem aos principais critérios diagnósticos da CID-10;
7. É muito importante ter claro o conceito de dose-padrão;

NÍVEL DE USO	INTERVENÇÃO	ESCALA
Zona I	Prevenção Primária	0-7
Zona II	Orientação Básica	8-15
Zona III	Intervenção Breve e Monitoramento	16-19
Zona IV	Encaminhamento para serviços especializados	20-40

#CONVALÊNCIAS DE DOSE PADRÃO

* ESPRTE: 1 dose

(30ml x 10% ou 1

vinho + 2 "DOSES"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

ou 1 "DOSE"

19

Leia as perguntas abaixo e anote as respostas com cuidado. Inicie a entrevista dizendo:

"Agora vou fazer algumas perguntas sobre seu consumo de álcool ao longo dos últimos 12 meses".

Explicar o que você quer dizer com "consumo de álcool", usando exemplos como de uísque, vinho, destilados, etc. Marque as respostas relativas à quantidade em termos de "doses padrão".

Marque a pontuação de cada resposta no quadrado correspondente e some ao final.

81. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

(0) Nunca (já parou de beber há 30 dias)

(1) Mensalmente ou menos

(2) De 2 a 4 vezes por mês

(3) De 5 a 6 vezes por semana

(4) 7 ou mais vezes por semana

(5) Todos os dias

(6) Todos os dias

(7) Todos os dias

(8) Todos os dias

(9) Todos os dias

(10) Todos os dias

(11) Todos os dias

(12) Todos os dias

(13) Todos os dias

(14) Todos os dias

(15) Todos os dias

(16) Todos os dias

(17) Todos os dias

(18) Todos os dias

(19) Todos os dias

(20) Todos os dias

(21) Todos os dias

(22) Todos os dias

(23) Todos os dias

(24) Todos os dias

(25) Todos os dias

(26) Todos os dias

(27) Todos os dias

(28) Todos os dias

(29) Todos os dias

(30) Todos os dias

(31) Todos os dias

(32) Todos os dias

(33) Todos os dias

(34) Todos os dias

(35) Todos os dias

(36) Todos os dias

(37) Todos os dias

(38) Todos os dias

(39) Todos os dias

(40) Todos os dias

(41) Todos os dias

(42) Todos os dias

(43) Todos os dias

(44) Todos os dias

(45) Todos os dias

(46) Todos os dias

(47) Todos os dias

(48) Todos os dias

(49) Todos os dias

(50) Todos os dias

(51) Todos os dias

(52) Todos os dias

(53) Todos os dias

(54) Todos os dias

(55) Todos os dias

(56) Todos os dias

(57) Todos os dias

(58) Todos os dias

(59) Todos os dias

(60) Todos os dias

(61) Todos os dias

(62) Todos os dias

(63) Todos os dias

(64) Todos os dias

(65) Todos os dias

(66) Todos os dias

(67) Todos os dias

(68) Todos os dias

(69) Todos os dias

(70) Todos os dias

(71) Todos os dias

(72) Todos os dias

(73) Todos os dias

(74) Todos os dias

(75) Todos os dias

(76) Todos os dias

(77) Todos os dias

(78) Todos os dias

(79) Todos os dias

(80) Todos os dias

(81) Todos os dias

(82) Todos os dias

(83) Todos os dias

(84) Todos os dias

(85) Todos os dias

(86) Todos os dias

(87) Todos os dias

(88) Todos os dias

(89) Todos os dias

(90) Todos os dias

(91) Todos os dias

(92) Todos os dias

(93) Todos os dias

(94) Todos os dias

(95) Todos os dias

(96) Todos os dias

(97) Todos os dias

(98) Todos os dias

(99) Todos os dias

(100) Todos os dias

(101) Todos os dias

(102) Todos os dias

(103) Todos os dias

(104) Todos os dias

(105) Todos os dias

(106) Todos os dias

(107) Todos os dias

(108) Todos os dias

(109) Todos os dias

(110) Todos os dias

(111) Todos os dias

(112) Todos os dias

(113) Todos os dias

(114) Todos os dias

(115) Todos os dias

(116) Todos os dias

(117) Todos os dias

(118) Todos os dias

(119) Todos os dias

(120) Todos os dias

(121) Todos os dias

(122) Todos os dias

(123) Todos os dias

(124) Todos os dias

(125) Todos os dias

(126) Todos os dias

(127) Todos os dias

(128) Todos os dias

(129) Todos os dias

(130) Todos os dias

(131) Todos os dias

(132) Todos os dias

(133) Todos os dias

(134) Todos os dias

(135) Todos os dias

(136) Todos os dias

(137) Todos os dias

(138) Todos os dias

(139) Todos os dias

(140) Todos os dias

(141) Todos os dias

(142) Todos os dias

(143) Todos os dias

(144) Todos os dias

(145) Todos os dias

(146) Todos os dias

(147) Todos os dias

(148) Todos os dias

(149) Todos os dias

(150) Todos os dias

(151) Todos os dias

(152) Todos os dias

(153) Todos os dias

(154) Todos os dias

(155) Todos os dias

(156) Todos os dias

(157) Todos os dias

(158) Todos os dias

(159) Todos os dias

(160) Todos os dias

(161) Todos os dias

(162) Todos os dias

(163) Todos os dias

(164) Todos os dias

(165) Todos os dias

(166) Todos os dias

(167) Todos os dias

(168) Todos os dias

(169) Todos os dias

(170) Todos os dias

(171) Todos os dias

(172) Todos os dias

(173) Todos os dias

(174) Todos os dias

(175) Todos os dias

(176) Todos os dias

(177) Todos os dias

(178) Todos os dias

(179) Todos os dias

(180) Todos os dias

(181) Todos os dias

(182) Todos os dias

(183) Todos os dias

(184) Todos os dias

(185) Todos os dias

(186) Todos os dias

(187

20

AUDIT SHORT (AUDIT-C)

É um teste rápido que pode auxiliar na identificação do padrão de consumo, abusivo ou dependente, de álcool. Ele é uma versão modificada e mais simples do AUDIT.

FORMULÁRIO AUDIT-C

1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

a) Nunca
b) Mensalmente ou menos
c) De 2 a 4 vezes por mês
d) De 2 a 4 vezes por semana
e) 4 ou mais vezes por semana

2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?

a) 1 ou 2
b) 3 ou 4
c) 5 ou 6
d) 7, 8 ou 9
e) 10 ou mais

3. Com que frequência você toma seis ou mais doses de uma vez?

a) Nunca
b) Menos do que uma vez ao mês
c) Mensalmente
d) Semanalmente
e) Todos ou quase todos os dias

PONTUAÇÃO

Realizada em uma escala de 0 a 12 pontos.

Cada pergunta do instrumento tem cinco opções de resposta, possibilitando uma pontuação de 0 a 4 em cada: a = 0 pontos, b = 1 ponto, c = 2 pontos, d = 3 pontos, e = 4 pontos.

Para homens, a pontuação de 0 a 3 é considerada de baixo risco; entre 4 e 5 pontos, risco moderado; entre 6 e 7 pontos, alto risco e de 8 a 12 **pontos, risco** severo.

21

Para mulheres, pontuação de 0 a 2 é considerada de baixo risco; entre 3 e 5 pontos, risco moderado; entre 6 e 7 pontos, alto risco e de 8 a 12 **pontos, risco** severo.

Principais doenças clínicas que podem estar relacionadas com o uso abusivo de álcool

Em doses baixas o álcool produz relaxamento, perda de inibições, falta de concentração, sonolência, fadiga, falta de sono. O abuso crônico ocasiona distúrbios fisiológicos em múltiplos sistemas. Essas complicações incluem as descritas abaixo (mas não se limitam a estas).

Sistema Cardiovascular• **Arritmias**

Podem ocorrer como um resultado da intoxicação aguda por álcool ou durante a abstinência. O **brugada** pode estar particularmente implicado, elevando o risco de arritmias, com ou sem presença de doença coronariana. Isso costuma ser chamado de "coração de feriado", dada a sua associação com o beber pesado somente nos fins de semana e feriados (CITANGER e cols., 1978).

Possivelmente, esse aumento ocorre devido aos danos no miocárdio, aos efeitos do álcool sobre os reflexos vagais, à condução do impulso nervoso e do tempo retratário e às possíveis influências sobre o papel das catecolaminas e do acetaldéido.

• **Hipertensão**

Ocorre por prováveis mecanismos, como efeito direto sobre o músculo cardíaco e artérias, estímulo do sistema nervoso simpático e do sistema renina-angiotensina-aldosterona (DIEHL, CORDEIRO, LARANJEIRA, 2011).

• **Miocardiopatia alcoólica**

Relacionada à carência nutricional, como de tiamina, mas pode acometer indivíduos bem nutridos. A lesão miocárdica parece ter relação com a inibição das sínteses e associações proteicas, que resultam em redução de contratilidade muscular.

22

Sistema Gastrointestinal

O fígado: Órgão bastante vulnerável a lesões relacionadas ao álcool por ser o foco primário do metabolismo deste.

- **Hepatite C:** Indivíduos com TU álcool infectados pela hepatite C desenvolvem lesões hepáticas em idade mais precoce e com uma dose cumulativa menor de álcool do que indivíduos sem hepatite C
- **Esteatose hepática (ou fígado gorduroso):** Presente em alguns momentos em até 90% dos bebedores pesados persistentes. Raramente causa doença e é reversível com a abstinência.
- **Hepatite alcoólica:** A hepatite alcoólica é vista em 40% das pessoas com histórico de constante beber excessivo. Pode ser fatal, mas também é reversível com abstinência.
- **Cirrose hepática:** Entre 8 e 30% dos bebedores pesados desenvolvem cirrose alcoólica, tipicamente depois de 10 a 20 anos de beber excessivamente todos os dias. Frequentemente progressiva e fatal, mas pode ser estabilizada com abstinência.

O estômago:

- **Gastrite:** O álcool estimula a secreção de suco gástrico e aumenta a permeabilidade da mucosa. Além disso, o uso excessivo e crônico de álcool favorece a colonização por *helicobacter pylori*, que produz amônia e contribui para a gastrite crônica.
- **Desnutrição:** Pacientes que consomem álcool de forma abusiva comumente sofrem de sintomas intestinais como diarreia e má absorção. A desnutrição geral e a perda de peso geralmente estão relacionadas à inapetência. Atenção para o risco de deficiências vitamínicas (especialmente de ácido fólico, B1/ tiamina e B12).

O esfôago:

- **Várices esofágicas:** Decorrentes da ação direta do álcool sobre a mucosa, podendo ocasionar a hemorragia digestiva alta.

23

O pâncreas:

- **Pancreatite aguda:** Mais frequente em homens entre 35 e 40 anos que fazem uso de mais de 80g de álcool/dia. A dor abdominal é a principal queixa. Ocorre na região epigástrica, por vezes em faixa, em todo o abdome superior, podendo se irradiar para a região dorsal. Náuseas e vômitos podem ser intensos.
- **Pancreatite crônica:** Mais frequente em homens entre 40 e 50 anos. Manifestada por emagrecimento e crises dolorosas abdominais, em geral pós-alimentares e após ingestão de bebida alcoólica.

Sistema Nervoso

- **Síndrome de Wernicke-Korsakoff:** Alterações neurológicas causadas pela deficiência de tiamina (vitamina B1). A deficiência de tiamina é bastante comum em usuários crônicos de álcool, mas também pode ocorrer em outras situações clínicas nas quais a absorção esteja comprometida, como por exemplo na nutrição parenteral prolongada. Caracterizada pelos sintomas da Encefalopatia de Wernicke associados a um comprometimento persistente de memória e aprendizado.

Encefalopatia de Wernicke:

Caracterizada pela tríade clássica (não sendo necessária a presença de todos esses sintomas para que o diagnóstico seja feito):

1. Alterações oculomotoras: nistagmo e paralisia do olhar conjugado.
2. Ataxia cerebelar: alargamento da base de sustentação ou, quando mais intensa, paciente necessita de auxílio para deambular.
3. Confusão mental: estado confusional agudo, no qual o paciente pode estar apático, com diminuição do estado de alerta e atenção. Alguns pacientes podem apresentar sintomas de abstinência alcoólica.

24

Psicose de Korsakoff:

Caracterizada por um transtorno **amnésico** também relacionado ao uso crônico de álcool e carência nutricional. Tanto a memória recente como a memória passada estão comprometidas, dificultando o aprendizado e as funções executivas. As confabulações podem estar presentes.

Observações acerca da tiamina:

A tiamina é uma coenzima essencial para vários mecanismos bioquímicos do cérebro. Em um indivíduo saudável, a necessidade diária de tiamina é 1-4mg por dia.

Em pacientes alcoólatas a deficiência de tiamina é a mais comum, sendo que em grau leve essa deficiência dificilmente é diagnosticada. Entre os sintomas estão: quadros de fadiga, irritabilidade, diminuição do apetite, distúrbio do sono e da memória, dor precordial, desconforto abdominal, entre outros. Casos mais severos podem resultar em neuropatia periférica e Síndrome de **Wernicke e Korsakoff**.

Fatores que contribuem para o desenvolvimento da deficiência de tiamina em alcoólatas: diminuição de autocuidado; diminuição da absorção intestinal; diminuição da capacidade do fígado de armazenar vitaminas; diminuição da conversão da tiamina na sua forma ativa, e o metabolismo do álcool aumenta a demanda de tiamina.

A taxa de absorção de tiamina pelo duodeno é limitada, chegando a um máximo de 4-5mg em uma única dose oral. A administração parenteral é a mais indicada, pois permite uma rápida correção da deficiência de tiamina cerebral.

- Encefalopatia hepática: Caracteriza-se por sinais e sintomas neurológicos em graus variados de gravidade, desde estados confusionais agudos, delírium até coma, podendo apresentar tremores, **tacino** e sinais piramidais. Acomete até 50% dos portadores de cirrose.

25

- Neuropatia periférica: É uma polineuropatia sensitivo-motora distal e simétrica que ocorre devido a degeneração axonal e da bainha de mielina dos nervos sensitivos, motores e autonômicos, associada ao efeito **neurotóxico** do álcool e a estados de desnutrição. Costuma apresentar-se com mais intensidade nos membros inferiores, iniciando com perda da sensibilidade superficial, podendo evoluir com perda da sensibilidade profunda, dor, fraqueza muscular distal e perda dos reflexos.
- Demência alcoólica - Difícil diagnóstico. Não se pode afirmar que exista uma única forma de demência relacionada ao álcool, ou uma única fisiopatologia, mas existe uma associação entre o uso crônico de álcool e prejuízos cognitivos, sobretudo da memória.

Sistema Musculoesquelético:

- Gota: Especialmente a cerveja tem propensão a produzir excesso de ácido úrico, devido ao seu alto conteúdo de purina.
- Osteoporose: A densidade óssea diminui em indivíduos com uso abusivo de álcool.
- Miopatia: Ocorre em até 60% dos indivíduos com longo histórico de problemas com álcool. Observam-se fraqueza nos músculos proximais, dor e caminhar anormal, bem como evidências de atrofia e perda de fibras musculares nos ombros e na cintura pélvica.

Pele:

- Psoríase: o consumo diário de álcool por homens com psoríase é mais comum em homens com outras doenças de pele. Parece que o beber excessivo se relaciona com a gravidade da doença. Em bebedores pesados, a psoríase afeta em especial as palmas das mãos e solas dos pés.

Câncer: A exposição crônica ao álcool, bem como a associação com o tabagismo, é vinculada à gênese de tumores do trato digestivo superior. Além do câncer de boca, faringe, laringe, **esôfago** e estômago, outros tipos de câncer são

26

associados ao uso crônico de álcool, como câncer de fígado (pode surgir como consequência da cirrose) e de mama.

Conceito de Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)

A SAA é um estigma da Síndrome de Dependência Alcoólica, indicando a existência de dependência alcoólica. Trata-se de um conjunto de sinais e sintomas que surgem já nas primeiras 6 horas após uma redução parcial ou total da dose, voluntária ou não, e que variam quanto à intensidade e gravidade. Esses sintomas resultam de um processo de **neuroadaptação** que ocorre no SNC, e estão relacionados à alteração nos níveis de liberação de noradrenalina e dopamina (LARANJEIRA, et al., 2000). Esses sinais têm características opostas aos efeitos da substância.

A SAA tem curso flutuante e autolimitado, com pico de duração de 24 a 48 horas após o início dos sintomas, podendo durar de 5 a 7 dias.



Figura 1 - Bases biológicas dos sinais e sintomas da SAA

Fonte: Consenso

27

Critérios Diagnósticos (conforme DSM-5)

- A) Cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado de álcool.
- B) Doz (ou mais) dos seguintes sintomas, desenvolvidos no período de algumas horas a alguns dias após a cessação (ou redução) do uso de álcool descrita no Critério A:
1. Hiperatividade autonômica (p. ex., sudorese ou frequência cardíaca maior que 100 bpm).
 2. Tremor aumentado nas mãos.
 3. Insônia.
 4. Náusea ou vômitos.
 5. Alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias.
 6. Agitação psicomotora.
 7. Ansiedade.
 8. Convulsões tônico-clônicas generalizadas.
- C) Os sinais ou sintomas do Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.
- D) Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a outra condição médica nem são mais bem explicados por outro transtorno mental, incluindo intoxicação por ou abstinência de outra substância.

Descrição detalhada dos sinais e sintomas de SAA (futuramente será ilustrada)

Os sinais e sintomas mais comuns da SAA são agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, e podem evoluir com complicações como alucinações, Delírium Tremens (DT) e convulsões e óbito.

Sintomas Físicos

- Tremores (desde fins até generalizados por todo o corpo);
- Náuseas e vômitos;
- Aumento da temperatura corpórea;

28

- Aumento da frequência cardíaca;
- Aumento da pressão arterial;
- Hipotensão ortostática;
- Sudorese;
- Cefaleia;
- Câibras;
- Torção;
- Convulsões.

Sintomas Afetivos Irritabilidade:

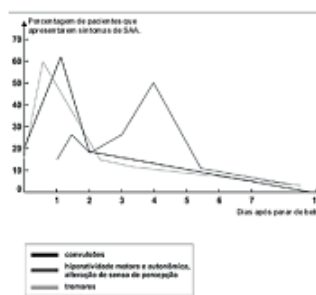
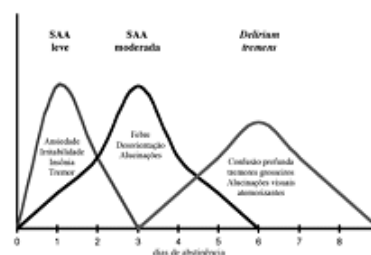
- Ansiedade;
- Fraqueza;
- Inquietação;
- Depressão.

Sintomas Cognitivos

- Diminuição do campo vivencial;
- Ilusões;
- Alucinações (visuais, auditivas e táteis);
- Pesadelos.

A SAA pode ser classificada nos níveis leve/moderada e grave. Esse dado pode ser obtido a partir da aplicação da Escala CIWA que será vista mais adiante. A maioria dos pacientes, de 70 a 90%, irá apresentar SAA leve/moderada. Em torno de 5% dos pacientes irão apresentar SAA grave.

29



Fonte: Adaptado de Witt e Adams, 1992 (in Treviño e col, 1998).

Figura 3 - Relação entre a interrupção do uso de bebida alcoólica e o aparecimento de sintomas como tremores, alucinações e delírium tremens

Fonte: Consenso

30

Nível leve/moderado – sinais e sintomas e características

Bio

- Leve agitação psicomotora;
- Tremores finos de extremidades;
- Sudorese facial discreta;
- Cefaleia, náuseas sem vômitos, sensibilidade visual;
- Sensopercepção inalterada.

Psico

- Orientação no tempo e no espaço;
- Contato e juízo crítico da realidade preservados;
- Ansiedade leve;
- Sem episódios de auto ou heteroagressividade.

Social

- Paciente com rede social contnente;
- Relata estar morando com familiares ou amigos, com quem se relaciona regular ou moderadamente.

Comorbidades

- Ausência de complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves no exame geral.

Nível grave

Bio

- Agitação psicomotora intensa;
- Tremores generalizados;
- Sudorese profusa;
- Cefaleia, náuseas com vômitos, sensibilidade visual intensa;
- Quadros similares a crises convulsivas ou história de crises convulsivas progressas.

Psico

- Desorientação no tempo e no espaço;
- Contato e juízo crítico da realidade comprometidos;

31

- Ansiedade intensa;
- História de violência auto e heteroagressiva;
- Alteração do pensamento, podendo apresentar conteúdo delirante;
- Alucinações auditivas, táteis ou visuais.

Social

- Rede social de apoio inexistente ou ambiente facilitador ao uso de bebidas alcoólicas;
- Tem estado desempregado ou impossibilitado de exercer atividade produtiva;
- Relata estar morando só ou com familiares ou amigos, com quem se relaciona mal.

Comorbidades

- Complicações e/ou comorbidades clínicas e/ou psiquiátricas graves (como por exemplo, depressão com risco de suicídio).

Descrição das complicações da SAA

Delírium Tremens (DT)

É a complicação mais grave da SAA, aumentando significativamente a mortalidade dos pacientes (SCHUCKIT, 2014).

Trata-se de uma psicose orgânica que se caracteriza por um quadro confusional agudo, flutuante e autolimitado. Esse quadro confusional tende a ser menor pela manhã, piorando no final do dia e início da noite.

Os sintomas prodromicos tipicamente incluem: insônia, tremores e medo.

O paciente em DT apresenta rebaixamento do nível de consciência, desorientação temporal e espacial, estreitamento do campo vivencial e desatenção. O comportamento pode ficar desorganizado, podendo ocorrer agitação intensa, fala ininteligível, com agressividade verbal e física, e humor delirico. Podem ocorrer alucinações táteis e visuais: em geral o paciente relata visão de insetos ou pequenos animais próximos a ele ou caminhando por seu

32

corpo. Esse tipo de alucinação pode evoluir para estado de agitação e violência na tentativa de afastar as microzoopsias.

O DT geralmente tem início cerca de 3 dias após o aparecimento dos sintomas de abstinência alcoólica. Pode durar de 1 semana a 2 meses, sendo que na maioria dos pacientes tem duração de 10 a 12 dias. Em idosos o curso é mais prolongado, podendo ter maior risco de mortalidade, maior número de complicações e frequentemente a recuperação não é total.

A taxa de mortalidade é alta, de 1 a 4% dos pacientes hospitalizados que entram em DT morrem. Essa taxa pode ser reduzida se o diagnóstico for feito com mais rapidez e os sintomas tratados de forma adequada (SCHUKIT, 2014).

A morte geralmente resulta de hipertermia, arritmias cardíacas, complicações de convulsões por abstinência ou comorbidades. O DT durante a SAA é previsto da seguinte maneira: escores CIWA - Ar acima de 15 (especialmente quando associada a pressão arterial sistólica > 150mmHg ou pulsação > 100 batimentos por minuto), crises recentes de abstinência (observadas em 20% de pacientes com DT, delírium ou convulsões anteriores à abstinência), idade avançada, uso recente de outras substâncias depressoras e complicações clínicas, tais como anormalidades eletrolíticas, baixa contagem de plaquetas e doenças respiratórias, cardíacas ou gastrointestinais (SCHUKIT, 2014).

Alucinose alcoólica

Quadro caracterizado pela presença de alucinações visuais ou auditivas vívidas e de início agudo, como por exemplo, cliques, rugidos, trechos de músicas, barulho de sino, cânticos e vozes. Uma característica peculiar desse tipo de fenômeno é que ocorre na ausência de rebaixamento do nível de consciência, o que quer dizer que as alucinações ocorrem em um cenário de clara consciência, podendo ser acompanhadas por delírios (que nada mais são do que tentativas de explicar as alucinações), ideias de referência e alterações do afeto. O paciente tem crítica de que as vozes são imaginárias. Os pacientes podem apresentar medo, ansiedade e agitação em decorrência dessas experiências. Em grande parte dos casos esses sintomas se remítam em horas, dias ou

33

semanas, sendo que alguns podem persistir por meses, caracterizando quadros permanentes.

Convulsões

A maioria das crises é do tipo tônico-clônica generalizada (tipo grande mal) durante a abstinência. As crises convulsivas correspondem a uma manifestação relativamente precoce da SAA, mais de 90% ocorrem até 48 horas após a interrupção do uso de álcool e estão associadas com evolução para formas graves de abstinência. Cerca de 10 a 15% dos usuários de álcool apresentam crises convulsivas e 1/3 dos pacientes evoluem para DT se não forem tratados.

PROCEDIMENTAIS

Temas:

1. PREVENÇÃO DA SAA
2. INSTRUMENTOS FACILITADORES DE AVALIAÇÃO/ ESCALA CIWA
3. CUIDADOS DE ENFERMAGEM: PREVENÇÃO DA SAA
4. CUIDADOS DE ENFERMAGEM: MANEJO DA SAA

A intoxicação pelo álcool e o DT são as principais emergências decorrentes do uso de álcool. Entretanto, as complicações da SAA também podem constituir quadros de emergência. Dessa forma, é muito importante sabermos como prevenir a SAA.

No Brasil, nos últimos anos, foi possível observar que apenas durante a internação em serviços de saúde, devido às interconexões clínicas, cirúrgicas e obstétricas resultantes de comportamento de adição, os profissionais são informados de que os pacientes são dependentes de álcool. Isso ocorre, muitas vezes, quando já têm início as manifestações de SAA (MOLL, et al., 2019).

A equipe de saúde e de enfermagem deve estar preparada para a identificação de sintomas precoces, pois isto é determinante para evitar maiores danos à saúde do paciente. Uma vez identificado o paciente alcoolista, podemos fazer uso de instrumentos que servem de "guia" para a avaliação que tende a ser subjetiva na prática clínica. Uma das vantagens de utilizarmos um instrumento

34

preconizado para avaliação do paciente é garantir um cuidado mais seguro para o mesmo.

Instrumentos facilitadores de avaliação/Escala Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar)

O uso da Escala CIWA - Ar em ambiente hospitalar pode reduzir o tempo de desintoxicação, evitar a administração de medicamentos desnecessários e ajudar a diminuir a incidência de DT. Além disso, mas não menos importante, a CIWA-Ar pode auxiliar o enfermeiro a identificar e avaliar a gravidade dos sintomas, podendo intervir adequadamente, bem como direcionar o momento das reavaliações (KEYS, 2011).

Essa escala foi desenvolvida para fornecer uma avaliação da SAA mesmo nos pacientes que apresentam abstinência e delírium graves, pois não exige a participação do paciente (MIRUELLO, et al., 2015).

A escala CIWA-Ar é uma ferramenta com uma lista de 10 sinais e sintomas, de manejo rápido, necessitando de 2 a 5 minutos para sua aplicação. As categorias avaliadas na CIWA-Ar incluem agitação, ansiedade, distúrbios auditivos, orientação e alteração do sensorio, tontura, náusea e vômito, sudorese paroxística, distúrbios táteis, tremor e distúrbios visuais (McKinley, 2005). O paciente pode auxiliar respondendo a alguns itens, mas a maioria deles pode ser respondida ao se observar o paciente. As pontuações na CIWA-Ar variam de 0 a 67. O escore final classifica a SAA em leve/ moderada e grave, fornecendo subsídios para o planejamento do cuidado mais adequado ao paciente (RIDDLE e TITTLE, 2010).

35

Clinical Withdrawal Assessment Revised - CIWA-Ar

Nome: _____ Data: _____
Pulse ou FC: _____ PA: _____ Hora: _____

1. Vômito - Você sente um mal-estar no estômago (enjôo)? Você tem vômito?

0	Não
1	Náusea leve e sem vômito
4	Náuseas recorrentes com ênfase de vômito
7	Náuseas constantes, ênfase de vômito e vômito

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

0	Não
1	Não visível, mas sente
4	Moderado com os braços estendidos
7	Sensível mesmo com os braços estendidos

3. Sudorese - Verificar palma das mãos e testa:

0	Não
1	Leve - Palmas das mãos suadas
4	Facial
7	Profusa

4. Distúrbios táteis - Tem sentido cocar, sensações de insecto andando no corpo, formigamentos e picadas?

0	Não
1	Leve (quase nada, porém já sente)
4	Moderado (sem as vezes, mas não permanentemente)
7	Grave (contínuo)

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

0	Não
1	Leve, algumas alterações nos sons, tons e volumes de voz
4	Moderado (sons diferentes, zumbidos)
7	Grave (alucinações auditivas, sons vozes e barulhos)

40

Deve-se valorizar a utilização da comunicação terapêutica durante todo o período de internação, para se estabelecer um vínculo com o paciente, podendo assim facilitar o manejo nos momentos de crise.

Alguns cuidados de enfermagem importantes para o manejo satisfatório da SAA:

- Aproximar-se do paciente lentamente e pela frente;
- Monitorar sinais vitais;
- Proporcionar um ambiente físico compatível e calmo, reduzindo ao máximo os estímulos audiovisuais e supervisionando o repouso absoluto do paciente;
- Promover o conforto e uma rotina diária, estabelecendo uma relação centrada em confiança;
- Aplicar Escala CMAA-Ar;
- Administrar medicamentos prescritos e certificar-se de que o paciente ingeriu a medicação;
- Monitorar resposta do paciente ao medicamento;
- Atentar para a administração endovenosa das vitaminas (quando prescritas), seguindo o protocolo do serviço de saúde;
- Auxiliar na higiene;
- Auxiliar o paciente nas refeições quando necessário;
- Observar risco de aspiração durante as refeições;
- Atentar à necessidade de monitoramento contínuo da SAA, bem como à segurança do paciente;
- Atentar ao Risco de Queda, seguindo as medidas preventivas:
 - Manter guardas elevadas no leito;
 - Manter rodas das camas travadas;
 - Manter camas rebavadas quando possível, especialmente nos períodos de repouso e em condições de agitação psicomotora;
 - Inspecionar o ambiente do paciente com foco no risco de quedas, identificando as características ambientais capazes de aumentar o potencial de queda;
 - Colocar objetos pessoais e campainha ao alcance do paciente;
 - Monitorar modo de andar, equilíbrio e fadiga na deambulação;

41

- Certificar-se que o paciente calce sapatos que sirvam adequadamente, que estejam bem presos aos pés e que tenham solado antiderrapante.

- Orientar acompanhante que comunique enfermagem quando se ausentar;

- Comunicar e registrar quando o paciente for medicado com fármacos hipotensores, orientando o mesmo a levantar-se progressivamente (elevar cabeça 30°, sentar-se com os pés apoiados no chão por 5 minutos) em caso de hipotensão postural;

- Comunicar paciente, em jejum ou NPO para procedimentos, que solicitem acompanhamento para sair do leito;

- Usar técnica correta para transferir paciente para cadeira de rodas, cama, poltrona, vaso sanitário e assim por diante;

- Observar sinais de intoxicação/ abstinência por uso de substâncias que estejam relacionadas com alteração do sensorio e força muscular.

- Esclarecer o paciente e os familiares quanto à SAA;
- Ouvir as queixas do paciente sem fazer juízo de valor;
- Auxiliar na orientação e memória do paciente: utilizar pistas ambientais (p. ex., sinalizações de ambiente/ placas, fotos, relógios, calendários e codificação de cores no ambiente);
- Manter por perto cuidadores que são familiares ao paciente;
- Realizar contenção mecânica somente em casos de agitação, com riscos de agressão para o próprio paciente e para terceiros, quando o manejo verbal não surtiu resultado terapêutico. Seguir as orientações do serviço quanto ao procedimento, sempre com atenção quanto ao número mínimo de profissionais para realizar o procedimento, explicar ao paciente o motivo da contenção, documentar em prontuário, não deixar o paciente sozinho e liberar o paciente da contenção assim que possível.

42

Outras informações:

O objetivo do curso não inclui tratamento medicamentoso, mas via de regra tem orientações comumente aplicadas no manejo da SAA.

Os medicamentos mais indicados para o tratamento da abstinência alcoólica são benzodiazepínicos.

- Os benzodiazepínicos agem no sistema de neurotransmissão **gabaérgico**, facilitando a ação do GABA. Como esse neurotransmissor é inibitório, essas drogas acentuam os efeitos inibitórios do SNC, provocando efeito depressor; resumindo, eles têm ação semelhante ao álcool no SNC;
- O **diazepam** é primeira escolha por ter longa ação;
- Os benzodiazepínicos não dependentes da função hepática, como **lorazepam**, podem e devem ser utilizados com pacientes que já estão com a função hepática muito prejudicada;
- A administração geralmente é via oral. Quando for necessário administrar via endovenosa deve ser com cautela e sempre com médico junto e monitor cardíaco.

Também podem ser usados anticonvulsivantes em pacientes com histórico de epilepsia e que já faziam uso antes da SAA.

O que não fazer:

- Administrar glicose, indiscriminadamente; existe o risco de precipitar a síndrome de **Wernicke**. A glicose só deve ser aplicada **parenteralmente** após a administração de tiamina;
- Aplicar **diazepam** via endovenosa sem recursos para reverter uma possível PCR;
- O uso rotineiro de **difenidramina (antihistamina)** parenteral, pois o uso desse anticonvulsivante não parece ser eficaz no controle de crises convulsivas da SAA;

43

- A administração de **clonazepam** e outros neurolépticos sedativos de baixa potência para controle de agitação, uma vez que diminuem o limiar **convulsivante**;
- A contenção física inadequada e indiscriminada.

ATTITUDINAIS

Temas:

1. ACOLHIMENTO
2. ATITUDES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM COM O PACIENTE ALCOOLISTA
3. RELACIONAMENTO EQUIPE DE ENFERMAGEM - PACIENTE

Acolhimento

Ao acolher o paciente é importante demonstrar empatia, evitando ter um comportamento confrontador ou agressivo. Mostre ao paciente que você está disposto a escutá-lo e que entende seus problemas, inclusive a dificuldade de mudar. A *atitude* que fundamenta o princípio de empatia pode ser chamada de *aceitação* (SUPERA, 2015), lembrando que aceitação não é concordância ou aprovação.

O acolhimento é um processo essencial das práticas de produção e promoção de saúde. O profissional deve se responsabilizar pelo usuário, ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, e fazer uso de uma escuta qualificada. Caracteriza-se especialmente pela escuta sensível, que considera as preocupações do paciente.

A assistência aos usuários de álcool não se diferencia das demais áreas da enfermagem. Portanto, o profissional deve garantir ao paciente assistência integral e contínua, usando boa comunicação e trabalho cooperativo. Cabe ressaltar que a comunicação terapêutica é um valioso instrumento para o

44

profissional de enfermagem desempenhar melhor suas atividades e proporcionar aos pacientes uma melhor qualidade de assistência.

Nesse momento, o profissional de enfermagem deve assumir uma postura empática, acolhedora, clara, disponível e livre de julgamentos, deixando claro ao paciente que o seu objetivo é ajudar a identificar seus padrões de consumo de álcool. O profissional deve reconhecer no paciente uma pessoa que necessita de ajuda, e que essa ajuda deverá ser prestada.

Atitudes da equipe de enfermagem com o paciente alcoolista

Ao cuidar de um paciente que faz uso abusivo de álcool ou que tenha TU álcool, o profissional da equipe de enfermagem deve ter em mente que suas atitudes irão influenciar no tratamento.

É necessário que o profissional reflita sobre suas crenças, atitudes e seus valores ao interagir com esse paciente.

Crenças: Uma crença é uma ideia que se considera ser verdadeira e pode assumir muitas formas.

Atitudes: Uma atitude é um ponto de referência em torno do qual um indivíduo organiza o conhecimento em relação ao seu mundo. Uma atitude também tem um componente emocional. Ela pode ser um preconceito e pode ser seletiva e distorcida por um viés. As atitudes satisfazem a necessidade de encontrar sentido na vida e proporcionam ao indivíduo clareza e consistência.

Valores: Valores são padrões abstratos, positivos ou negativos, que constituem o modo ideal de conduta e metas ideais de um indivíduo.

Relacionamento equipe de enfermagem – paciente

Para o desenvolvimento da relação do profissional de enfermagem com o paciente e consequentemente do cuidado, o profissional deve analisar seus

45

sentimentos ao trabalhar com um paciente que faz uso abusivo de álcool, pois o papel que o álcool desempenha na vida desse profissional vai afetar o seu modo de interação com o referido paciente. Ao compreenderem e aceitarem integralmente suas próprias atitudes e sentimentos, os profissionais poderão agir com empatia em relação aos problemas dos pacientes (TOWNSEND, 2002). Conhecer e compreender a si próprio aumentam a capacidade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias. A autoconsciência exige que um indivíduo reconheça e aceite aquilo a que ele dá valor e aprenda a aceitar a singularidade e as diferenças nos outros.

O paciente com TU álcool precisa saber que é aceito independentemente dos comportamentos do passado, e a equipe de enfermagem deverá ser capaz de separar o paciente do seu comportamento e de aceitar o indivíduo com consideração positiva incondicional (TOWNSEND, 2002).

Existem condições que são essenciais ao desenvolvimento de uma relação terapêutica, como por exemplo:

Sintonia ou Harmonia

A sintonia implica sentimentos especiais por parte tanto do paciente como do profissional de enfermagem, com base em aceitação, calor, amizade, interesses comuns, um sentimento de confiança e uma atitude não crítica. **Trawilbes** (1971) afirma: "Estabelecer sintonia é criar um sentimento de harmonia com base no conhecimento e apreciação da unidade de cada indivíduo. É a capacidade de ficar parado e vivenciar o outro como um ser humano – apreciar a revelação da personalidade de cada um para o outro. A capacidade verdadeira de importar-se com os outros é o núcleo básico da sintonia."

Confiança

A confiança não pode ser presumida; ela é conquistada. A confiabilidade é demonstrada por intervenções de enfermagem que transmitem aos pacientes um sentimento de calor humano e de carinho pelos outros. Os exemplos de intervenções de enfermagem que promoveriam confiança num paciente apresentando pensamento concreto incluem os seguintes:

- **Fornecer** um cobertor quando o paciente estiver com frio;

46

- Dar alimento quando o paciente estiver com fome;
- Ser honesta (p. ex., dizer "Não sei a resposta à sua pergunta, mas vou tentar descobrir", e então fazer isso);
- Apresentar com simplicidade e clareza as razões para orientações, procedimentos e regras;
- **Fornecer** por escrito um esquema estruturado das atividades;
- Frequentar com o paciente as atividades às quais ele reluta em ir sozinho;
- Ser consistente na aderência às orientações da unidade.

Respeito

Mostrar respeito é acreditar na dignidade e no valor de um indivíduo, independentemente de seu comportamento inaceitável. Rogers (1951) denominava isso olhar positivo incondicional. A atitude é não crítica e o respeito é incondicional por não depender de que o comportamento do paciente satisfaça certos padrões.

Sabe-se que das patologias psiquiátricas, o alcoolismo é uma das mais rejeitadas, sendo o alcoolista estigmatizado por seu problema (GI- **Meios**, 1985).

A equipe de enfermagem pode transmitir uma atitude de respeito por:

- Chamar o paciente pelo nome.
- Passar algum tempo com o paciente.
- Dar tempo suficiente para responder às perguntas e preocupações do paciente.
- Garantir privacidade durante as intervenções terapêuticas com o paciente.
- Considerar, sempre que possível, as ideias, preferências, solicitações e opiniões do paciente em decisões que dizem respeito ao seu plano de cuidados.
- Tentar compreender a motivação subjacente ao comportamento do paciente, independentemente de quão inaceitável ele possa parecer.

47

Vínculo

O vínculo é processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre profissional e paciente, numa convivência de ajuda e respeito mútuos. Para que o vínculo aconteça é necessário primeiramente que haja uma aproximação entre paciente e profissional de enfermagem – levando em conta que ambos são pessoas com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas estão em situação de desequilíbrio: o paciente busca assistência em estado físico e emocional fragilizado, enquanto que o profissional deve estar capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade.

Ao se aproximar do paciente não use rótulos ou jargões como, por exemplo, alcoolatra, drogado, pois isso só intimida e envergonha o paciente dificultando o estabelecimento de vínculo.

Sempre encorajar o paciente, reforçando sua autoeficácia referente aos comportamentos que ele gostaria de mudar. Você pode dizer que confia nele e que acredita na sua capacidade de mudança.

Um estudo realizado no México teve como objetivo caracterizar as experiências da equipe de enfermagem com pacientes internados com comorbidades clínicas relacionadas ao uso abusivo de bebida alcoólica. Veja-se no seu ambiente de trabalho você já escutou alguma dessas frases ou parecidas com essas:

"São pacientes muito difíceis porque chegam muito agressivos, já tivemos casos que chegaram a nos bater, gritar conosco".

"Já chegou outro bêbado! Aqui te deixou um presentinho!"

Neste mesmo estudo, os autores identificaram nas falas dos participantes atitudes e emoções negativas pelos pacientes alcoolistas tais como: desconfiança, brabeza, frustração, medo e rechaço. Se por um lado essas atitudes e emoções podem ser resultados do acúmulo de experiências de atenção aos pacientes com quadros agudos de intoxicação, bem como de abstinência alcoólica, por outro pode vir da percepção de que os pacientes

48

alcoólicas apresentam maior reincidência hospitalar devido ao consumo crônico, além de por vezes, demandarem mais tempo de atenção (Sánchez-Solis e San Jorge, 2017).

Para refletir:

"Um bêbado" ou uma "bêbada" deixa de ser tantas outras coisas, como por exemplo, pai ou mãe, trabalhador ou trabalhadora, para ser tão somente bêbado ou bêbada." (SUPERA, 2015)

Perspectivas

O tema abordado neste curso não se esgota. Este curso apresenta uma ideia e uma oportunidade de aprendizagem no caminho a trilharmos em busca da maior familiarização da enfermagem com o paciente que sofre com TU álcool, sobretudo quando abordados em serviços não especializados na área de tratamento para o abuso de drogas.

Em um estudo realizado com enfermeiros de hospital geral, que teve como objetivo mensurar as atitudes desses profissionais no que se refere ao álcool e ao beber, mostrou que os enfermeiros veem o álcool como perigoso, sendo nocivo em qualquer quantidade e moralmente errado. Ao encarar o beber como algo moralmente errado é possível que atribuam à doença a própria vontade do paciente que, mesmo conhecendo as consequências do uso do álcool insiste agir de maneira "errada" ao consumir (VARGAS; LABATE, 2005).

Os autores desse estudo apontam que lançar mão de uma prática mais humana, onde exista maior sensibilidade na escuta, destituída de preconceitos, pode ser um primeiro passo para garantir uma assistência de qualidade a esses pacientes. Para que isso ocorra apontam três fatores fundamentais e inter-relacionados: mudança de atitudes, busca de conhecimentos e aperfeiçoamento de habilidades.

A escolha por organizar o curso utilizando o método de Tipologias de Aprendizagem (Factuals, Conceituais, Procedimentais e Atitudinais) deu-se a

49

partir da necessidade de estabelecer algum critério para dar seqüência nos conteúdos abordados. Percebe-se que a linha divisória entre umas e outras é muito sutil, podendo até parecer em algum aspecto confusa (ZABALA, 1998). Entretanto, é nessa "confusão" que poderá fluir a linha de raciocínio para que aconteça o aprendizado.

Além disso, esse método prevê conteúdos atitudinais e isso condiz com a necessidade de refletirmos sobre atitudes e valores ao cuidarmos dos pacientes. Os conteúdos atitudinais estão relacionados e configurados por componentes cognitivos, afetivos e de conduta. Cognitivos, pois exigem uma reflexão crítica até atingir sua interiorização. Afetivos, pois mobiliza as emoções e sentimentos da pessoa. Conduta, pois alteram e reorganizam a forma com que a pessoa se posiciona diante dos obstáculos e das situações do cotidiano (ZABALA, 1998).

Por vezes os profissionais de saúde e enfermagem podem não reconhecer a associação entre problemas clínicos comuns e o uso excessivo de bebidas alcoólicas, tratando as complicações orgânicas relacionadas ao álcool sem abordar o problema básico que é o uso abusivo de bebida alcoólica.

Na melhor das hipóteses o impacto de uma internação hospitalar oriunda de uma complicação clínica associada ao uso abusivo de bebida alcoólica pode ser o ponto de partida para aumentar a motivação para mudança no comportamento do paciente.

Na nossa formação, de profissional de enfermagem, somos ensinados a preservar a vida, estimulando as pessoas a cuidarem de sua saúde, entre tantas particularidades do nosso trabalho. Quando nos aproximamos dos pacientes para oferecer ajuda, carregamos conosco a expectativa de alcançar nossos objetivos, em especial, no que se refere à adesão ao tratamento e à colaboração com a equipe.

Por vezes isso não ocorre de imediato, e com pacientes com TUS por álcool a adesão ao tratamento pode ser difícil, podendo levar o profissional a interpretar como uma resistência. Essa situação pode gerar distanciamento e até mesmo à

50

insatisfação do profissional de enfermagem ao cuidar do paciente com TUS por álcool.

Frente ao quadro epidemiológico de alta prevalência de pacientes com TUS por álcool internados em hospital geral e devido a significativa lista de comorbidades clínicas que podem estar associadas a este problema, reforçamos a importância de os profissionais de saúde, especialmente os de enfermagem, estarem capacitados para o atendimento desses pacientes.

51

CASOS CLÍNICOS

A seguir serão apresentados quatro casos clínicos. A ideia é propiciar reflexão sobre o tema do curso, exercitando a atenção ao paciente alcoólico, identificando os problemas relacionados ao consumo de álcool. Os casos foram construídos com base em outros casos clínicos, trazendo para o texto algumas experiências trabalhando com enfermeira em adição.

Após cada caso, o aluno deverá:

- Identificar os problemas/alterações relacionados ao consumo de álcool.
- Listar pelo menos 3 cuidados necessários para o paciente.

Caso 1 - Alcoolismo leve

Apresenta descrição de situação de quadro leve de Alcoolismo leve, revelando quadro clínico com poucas alterações clínicas e alterações do estado mental, ainda com poucos prejuízos sociais relacionados, mas com histórico correlacionado ao consumo de álcool.

Caso 2 - Alcoolismo moderado

Apresenta descrição de situação de quadro leve de Alcoolismo moderado, revelando quadro clínico com alterações clínicas e alterações do estado mental mais significativas, bem como prejuízos sociais relacionados, além de histórico correlacionado ao consumo de álcool e comorbidade clínica.

Caso 3 - Alcoolismo grave

Apresenta descrição de situação de quadro leve de Alcoolismo grave, revelando quadro clínico com diversas alterações clínicas e do estado mental, agravadas pela abstinência acontecer no transcorrer de um processo cirúrgico. O caso não apresenta prejuízos sociais relacionados, mas mostra fator genético envolvido, além e complicações clínicas associadas.

52

Caso 4 - Alcoolismo em idoso

Apresenta descrição de situação de quadro leve de Alcoolismo em idoso. A descrição do caso sugere que a bebida alcoólica sendo usada "como medicação", pois a mulher estava deprimida. Revela quadro clínico com diversas alterações clínicas e do estado mental, com prejuízos sociais relacionados. Caso que pode gerar confusão de diagnóstico, devido ao quadro de infecção urinária e TU álcool.

Caso 1

Vilson, 30 anos, é casado e tem 2 filhos. Seu pai foi alcoolista e a infância de Wilson foi bastante conturbada. Raramente o pai esteve por perto e nunca acompanhava as atividades da escola de Wilson. Quando presente, o pai geralmente estava alcoolizado e atrapalhava a ocasião. Assim que completou 18 anos, Wilson saiu de casa. Ao ingressar na faculdade, Wilson começou a sair para beber após a aula. Bebia duas "cervejinhas" e dizia que "não ia dar nada". Com o tempo passou a beber mais do que duas, e seguiu com este hábito mesmo após terminar a faculdade e começar a trabalhar como advogado em um escritório. Hoje seu chefe lhe avisou que se chegasse mais uma vez atrasado ele seria demitido, e Wilson achou um exagero, uma vez que afirma sempre entregar os relatórios dentro dos prazos estabelecidos. Irritado com o chefe, Wilson sai do escritório e vai beber. A esposa foi chamada no bar, pois Wilson havia caído e batido com a cabeça. Ao chegar na Emergência, Wilson foi atendido imediatamente. Foi submetido a exames e a sutura no corte na região frontal da cabeça. Quanto alerta, Wilson apresenta tremores finos de extremidades, sudorese facial discreta. Está orientado em tempo e no espaço, levemente ansioso. Ao exame clínico, sem outras complicações.

Caso 2

Marcus é marceneiro, tem 45 anos, divorciado. Está sendo examinado na Emergência, devido a um braço quebrado. Paciente apresenta-se irremediado e ansioso. A irmã trouxe uma anamnese objetiva, relatando que o paciente vinha ingerindo uma grande quantidade de vinho de garrafo, diariamente, por mais de cinco anos. Ele frequentemente tem "apagamentos da memória" (blackouts) devidos à bebida, faltando ao trabalho; por causa disso foi demitido de vários

53

empregos. Para sua sorte sempre há trabalho para marceneiros e ele sempre arrumou uns "bicos" para sustentar-se nesses últimos anos. Entretanto, há três dias, acabaram seu dinheiro e seu vinho, e ele saiu na rua para pedir esmola para amunir um pouco de comida. O paciente vinha mal nutrido, comendo talvez uma refeição por dia. Um vizinho viu que Marcus estava mal e ligou para a irmã do paciente solicitando ajuda. Ao exame, o paciente alternava entre um estado de apreensão e uma superficial cordialidade. Estava bastante acelerado (evoltado) e falando quase que constantemente. Refere osteíte e tem dificuldade de manter olhos abertos (diz que as luzes o incomodam). Sinais vitais são: PA 150/95mmHg, FC 120bpm, FR 20rpm e TAX 37,8°C. O paciente afirma ser hipertenso e fazer uso de **enalapril** "quando se lembra de tomar". A equipe logo inicia a avaliação conforme Escala CIMA, além de providenciar acesso venoso para iniciar infusão de SF 0,9% e vitaminas conforme prescrição, para prevenir evolução da SAA.

Caso 3

O sr. Luis tem 35 anos, é casado e tem três filhos de sete, nove e onze anos. Trabalha como administrador de uma empresa de jogos eletrônicos. Um dia, durante sua jornada de trabalho, Luis sentiu forte dor abdominal, náuseas e calafrios. Ligou para sua esposa que o levou imediatamente ao consultório do seu médico clínico. O médico lhe pediu vários exames, entre os quais uma ultrassonografia abdominal. Foi diagnosticado que Luis estava com colecistite. Na mesma semana, Luis foi internado para submeter-se à colecistectomia na manhã seguinte. Ainda dentro das 12 horas de pós-operatório, Luis foi ficando agitado, apresentando tremores leves de membros superiores e sudorese facial. Ele foi indagado sobre seus hábitos de bebida, mas negou ter um problema com álcool. Disse aos médicos que apenas ocasionalmente bebia um copo de cerveja. Durante a noite Luis não conseguiu dormir, apresentava tremores generalizados e sudorese profusa. Além disso a equipe de enfermagem mostrou-se preocupada, pois ele estava falando coisas sem sentido. De acordo com a sua esposa, vinha bebendo grandes quantidades de cerveja por mais de três anos. Luis vinha faltando ao trabalho. Todos os dias ele começava a beber quando chegava em casa do trabalho à noite e não parava até cair no sono. Luis não havia bebido antes da internação. O pai era alcoolista e tinha morrido de

54

cirrose aos 37 anos. Esposa negava outras complicações clínicas, fora a obesidade. Ao exame paciente estava ansioso, desorientado em tempo e espaço (achava que estava na sua empresa), com fala incoerente, com alucinações táteis (sentava tirar formigas do braço), tremores generalizados, sudorese profusa. O paciente começou a ser avaliado conforme a Escala CIMA, e conforme resultados obtidos na Escala, paciente passou a ser medicado com Diazepam 10mg a cada hora. Após 24h, paciente, durante e avaliação da enfermeira, teve uma parada respiratória. Paciente foi imediatamente atendido e transferido para a UTI. Após ter realizado outros exames, paciente foi diagnosticado com cirrose hepática e logo passou a ser medicado com **lozepam**, medicamento mais indicado em caso de paciente com comprometimento hepático.

Caso 4

Uma senhora de 69 anos, vem bebendo meio litro de vodca há uns treze anos. Antes disso, "bebia socialmente". Durante o período do seu divórcio, há 15 anos, ela ficou deprimida e passou a beber mais, porque "se sentia melhor quando bebia". Conheceu seu segundo marido, também um alcoolista "pesado", em um barzinho tradicional de Porto Alegre. Eles continuaram a beber em casa, à noite. Com o tempo, foi perdendo a vontade de levantar para trabalhar e perdeu seu emprego, devido a frequentes atrasos e faltas não justificadas. Desempregada, passou a beber a qualquer hora do dia, alternando vodca com cerveja. Ao perceber que estava ganhando peso, passou a beber "uma dose" antes do jantar, mas logo passou para três, quatro e depois ela já estava bebendo 1 litro de vodca. Começou a ter lapsos de memória de forma recorrente, chegando a queimar o forno do sofá, sem se lembrar do que tinha acontecido. As brigas com o marido aumentaram, até o dia em que ele saiu de casa, após violenta discussão. Um dia, ao sair de casa para ir comprar bebida, teve uma queda e foi socorrida por um rapaz que caminhava por perto e a levou para o hospital. Ao chegar na Emergência, foi verificado que a paciente apresentava hipertermia, 39,4°, tremores generalizados e confusão mental. Estava bastante inquieta. Após terem sido coletados exames, foi constatado que a paciente estava com infecção urinária e logo iniciaram tratamento. Ao levantar-se do leito auxiliada pela enfermagem para ir ao banheiro, paciente apresentava marcha atáxica. Ao

55

exame a paciente apresentava nistagmo. Seu discurso foi ficando mais confuso. O ex-marido conseguiu ser localizado e trouxe as informações sobre o histórico de alcoolismo da paciente que passou então a receber tratamento para a SAA, com suspeita de Síndrome de **Wernicke-Korsakoff**.

ATIVIDADES

1. Os efeitos do álcool sobre o sistema nervoso central (SNC) são proporcionais à concentração alcoólica sanguínea. Outros fatores influenciam nesses efeitos, tais como:

- Tamanho do indivíduo.
- Presença ou não de alimento no estômago.
- Sexo do indivíduo.
- Todas as anteriores estão corretas.

2. A relação terapêutica é fundamental no processo de cuidado em saúde na relação do profissional de enfermagem com o usuário de drogas. Algumas características aumentam a possibilidade de uma relação terapêutica a ser alcançada. Faça a correspondência entre o conceito e a definição:

- Sintonia
- Confiança
- Respeito

- Não pode ser presumida, devendo ser conquistada.
- Sentimentos especiais entre duas pessoas com base na aceitação, calor humano, disposição amistosa e um interesse comum.
- Aceitação incondicional de um indivíduo como ser humano digno e singular.

56

3. Os sintomas leves/moderados da Síndrome de Abstinência Alcohólica (SAA) incluem:

- Euforia, hiperatividade e insônia.
- Depressão, ideação suicida e hipersônia.
- Diáforese, náuseas, vômitos e tremores.
- Marcha pouco firme, nistagno e desorientação profunda.

4. Quanto aos diferentes instrumentos de triagem:

- O CAGE e o AUDIT são utilizados para triagem do uso de álcool.
- O AUDIT avalia diferentes níveis de uso, da abstinência à dependência.
- O CAGE é um instrumento simples, composto por 10 questões.
- O CAGE auxilia no encaminhamento do paciente ao tratamento mais adequado às suas necessidades.

Assinale a afirmativa CORRETA:

- As afirmações I e II estão corretas.
- As afirmações II e IV estão corretas.
- As afirmações I, II e III estão corretas.
- Somente a afirmativa I está correta.

5. Uma "dose padrão" equivale a cerca de 14g, ou seja, 17,5ml de álcool puro. Qual quantidade de bebidas abaixo equivale a essa "dose padrão"?

- 120ml de cerveja.
- 40ml de uísque.
- 180ml de vinho.
- 2 copos de chope.

57

6. O TU álcool caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas. Entre eles estão a _____ que é a necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito; a _____, indicada por um desejo intenso de beber; e a _____ que se caracteriza por sintomas surgidos aproximadamente 4 a 12 horas após a redução do consumo que se segue a uma ingestão prolongada e excessiva de álcool.

Qual seria a ordem correta dos termos que completam a frase acima?

- Fissura, tolerância, abstinência.
- Tolerância, abstinência, fissura.
- Fissura, abstinência, tolerância.
- Nenhuma das sequências está correta.

7. Quais dentre os seguintes sinais o profissional de enfermagem identifica como sinais de abstinência de álcool grave? (múltiplas respostas)

- Sudorese profusa.
- Tremores finos e de extremidades.
- Ansiedade leve.
- Desorientação no tempo e no espaço.
- Náuseas.
- Convulsões.

8. Os cuidados de enfermagem no manejo da SAA são de extrema importância para a recuperação do paciente e prevenção de complicações da SAA. Coloque em ordem de prioridade os cuidados listados abaixo, numerando de 1 a 5:

- Aplicar Escala CIWA-Ar;
- Auxiliar o paciente nas refeições quando necessário;
- Aproximar-se do paciente lentamente e pela frente;

58

- Proporcionar um ambiente físico confortável e calmo, reduzindo ao máximo os estímulos audiovisuais e supervisionando o repouso absoluto do paciente;
- Administrar medicamentos prescritos e certificar-se de que o paciente ingeriu a medicação.

Assinale a afirmativa CORRETA:

- 3, 1, 2, 4, 5
- 3, 5, 1, 2, 4
- 2, 4, 1, 3, 5
- 2, 1, 3, 5, 4
- 1, 4, 5, 3, 2

9. Um homem de 47 anos é internado em uma unidade psiquiátrica para depressão com ideação suicida e desintoxicação. Ele possui longa história de dependência de álcool. Qual dos seguintes sinais é mais característico da abstinência de álcool?

- Pressão Arterial diminuída
- Hipersônia
- Atacões persistentes
- Tremores

10. Um homem de 54 anos é internado num hospital geral para cirurgia eletiva. No passado ele já internou para tratar o TUS por álcool, mas alerta a equipe de enfermagem que seguiu bebendo até o momento da internação. Quanto tempo após a interrupção do consumo de álcool pode ocorrer maior risco de Delirium Tremens (DT)?

- 6 a 8 horas
- 8 a 12 horas
- 12 a 24 horas

59

- 24 a 72 horas

11. O Delirium Tremens (DT) é a complicação mais grave da SAA, aumentando significativamente a morbimortalidade dos pacientes. Considerando o quadro clínico do DT podemos considerar que:

- O paciente em DT apresenta rebatimento do nível de consciência, desorientação temporal e espacial, estreitamento do campo vivencial e desatenção.
- Trata-se de uma psicose orgânica que se caracteriza por um quadro confusional crônico, estável e autolimitado.
- Esse quadro confusional tende a ser pior pela manhã, melhorando no final do dia e início da noite.
- A aplicação da Escala CIWA-Ar pode auxiliar na prevenção desta complicação da SAA.
- Os sintomas prodromicos tipicamente incluem: insônia, tremores e medo.

Assinale a afirmativa CORRETA:

- As afirmações I, II e III estão corretas.
- As afirmações II, IV e V estão corretas.
- As afirmações I, IV e V estão corretas.
- As afirmações II e IV estão corretas.

12. Relacione as principais características clínicas com as alterações relacionadas à SAA:

- Delirium Tremens (DT).
- Alucinações alcohólicas.
- Convulsão relacionada à abstinência alcohólica.
- Encefalopatia de Wernicke.
- Síndrome de Korsakoff.

64

Global status report on alcohol and health 2018

Keys VA. Alcohol withdrawal during hospitalization. *Am J Nurs*. 2011;111(1):40-46. doi:10.1097/01.NAJ.0000393058.86439.9

LARANJEIRA, Ronaldo et al. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Alcool (SAA) e o seu tratamento. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 62-71, Jun. 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-4446200002020000. Acesso em: 10 out. 2018.

III Levantamento Nacional de Alcool e Drogas (LENAD) – ____ Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.]. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Alcool e Outras Drogas (INPAD), UNFESP; 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4914>. Acesso em: 22 mai. 2019.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / (American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento, et al.); revisão técnica: Aristides Volpato Cecchi, et al. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.

MARQUES, Ana Cecília **Cetta Roselli**. Diretrizes farmacológicas para tratamento da dependência de alcool. In: GIGLIOTTI, Analice. **Diretrizes gerais para tratamento da dependência química**. – Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2010. Cap. 2.

McKinley, M. G. (2005). Alcohol withdrawal syndrome overlooked and mismanaged? *Critical Care Nurse*, 25, 40e42, 44e48, quiz 49. Disponível em: <http://ccn.sagepub.com/online/25/3/40.short>. Acesso em 9 jun. 2019.

Moli MF, Ventura CAA, Pires FC, Boff NN, Silva CBF, Oliveira PC. Síndrome de abstinência alcoólica: conhecimentos e cuidados de Enfermagem na clínica cirúrgica do hospital geral. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2019; 15(3):1-8. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1906-6976.smad.2019.150193>

OLIVEIRA, Vanessa Rocha de; OLIVEIRA, Luiz Carlos Marques de. Reconhecimento de alcoolismo em um hospital geral universitário. *Rev. Médica Minas Gerais*. Minas Gerais, v. 16, n. 2, p. 92-95, **abr/jun** 2006. Disponível

65

em: <http://www.mmq.org/artigo/detalhes/261>. Acesso em 07 de fevereiro de 2019.

PECHANISKY, Flavio & Genro, Vanessa & **Dimmen, Liana & Kessler, Felix & Silveira-Santos, Rafael**. (2004). Referencias to alcohol consumption and alcoholism in medical records of a general hospital of Porto Alegre, Brazil—a comparison between samples with a 20-year gap. *Substance abuse: official publication of the Association for Medical Education and Research in Substance Abuse*. 25, 29-34.

PEREIRA, Gabriela Botelho. Prevalência de abuso de alcool e outras drogas em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. 2017. 100 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas. Pelotas. Disponível em: <http://uijaca.ufrpel.edu.br/8030/handle/ufpel/3810>. Acessado em 22 de maio de 2020.

PONCE, Talita Dutra et al. Treinamento de equipes de enfermagem para assistência à Síndrome de abstinência alcoólica: revisão integrativa. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [Internet]. 2016 mar [acesso em 2017 out. 23]; 12(1):58-64. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/smadi/artic/view/119197>. Acesso em: 27 mar. 2019.

FRANKE, Mariana de Andrade; CORAL, Gabriela **Bardoni**. ALCOHOL DEPENDENCE IN GASTROENTEROLOGY OUTPATIENT ON A PUBLIC HOSPITAL. *Arq. Gastroenterol.* São Paulo, v. 54, n. 4, p. 338-343, Dec. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032017000400338lang=en&btnG=. Acesso em 22 de maio de 2020.

RAMOS, Fernanda Lia de Paula et al. Não-identificação de alcoolismo em hospital-escola: um problema médico persistente. *Rev. AMRIGS*. Porto Alegre, v. 46, n. 1,2, p. 34-7, Jan-Jun. 2002. Disponível em: <https://www.amrigs.org.br/revista/153>. Acesso em: 7 fev. 2019.

Riddle E, Bush J, **Tittle M**, et al. Alcohol withdrawal: development of a standing order set. *Crit Care Nurse* 2010;30:38Y47. Disponível em: <http://ccn.sagepub.com/online/30/3/38>. Acesso em 10 jun. 2019.

Roberts, Emmert & Morse, Rachel & Epstein, Sophie & **Hulcot, Matthew & Leon, David & Drummond, Colin**. (2019). The prevalence of wholly attributable alcohol

66

conditions in the United Kingdom hospital system: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Addiction*. 114, 10.1111/add.14642.

ROSA, A. A. et al. Percepção e registro de abuso de alcool e de doenças relacionadas num hospital geral universitário. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 335-339, Dez. 1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-42301998000400014&lng=en&btnG=. Acesso em 22 de maio de 2020.

SALES, Antonio; CERCHIARI, **Ednáia** Alino Nunes. **Educação em Saúde: análise de conteúdos de ensino-aprendizagem em materiais educativos**. Campo Grande, MS: Life Editora; 2018.

Sánchez **Solis**, Alejandro & De San Jorja, **Xochil**. (2017). Experiencias del personal de enfermería con pacientes hospitalizados por abuso de alcohol. *Enfermería Universitaria*. 14, 10.1016/j.reu.2016.12.001.

Schuckel MA. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). *N Engl J Med*. 2014;371(22):2109-2113. doi:10.1056/NEJMa1407298

TOWSEND, MC. *Enfermagem psiquiátrica*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. 836 p.

VARGAS, D. Cuidados de adultos em situações de abuso de substâncias psicoativas – abordagem geral. In: Leite, Maria Madalena **Jacuzato**; MARTINI, Jussara Que **FELLI**; Viana Elisa **Andres**. **PROENF – Programas de Atualização em Enfermagem: Saúde do Adulto**. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2006.

VILLAR LUIS, Margarita Antonia et al. Síndrome de dependencia alcohólica en servicios de urgencia: protocolo de evaluación para la práctica profesional de enfermería. *Enferm. Glob*. Murcia, v. 15, n. 41, p. 78-92, Jan. 2016. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-51412016000100005. Acesso em: 4 jan. 2019.

APÊNDICE D - PROGRAMA DO CURSO

PROGRAMA DO CURSO	
Curso	Curso EaD em avaliação e manejo da abstinência alcoólica para equipe de enfermagem
Formato do curso	Ensino à Distância (EaD)
Período	Conforme matriz de educação permanente
Público-alvo	Enfermeiros e técnicos de enfermagem de unidade de internação não especializada no tratamento de Transtorno por Uso de Substâncias
Carga horária total	1h30min
Autoria do curso	Marília Borges Osório
Ementa	O curso apresenta dados sobre alcoolismo no mundo, no Brasil e no hospital geral. Descreve o Transtorno por uso de álcool e as principais complicações relacionadas a ele, com foco principal na Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA). Aborda os cuidados de enfermagem na prevenção e manejo da SAA, destacando as atitudes dos profissionais que promovem esses cuidados.
Objetivo Geral	Capacitar os profissionais de enfermagem de unidade não especializada para avaliação e manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica.
Objetivos Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os profissionais quanto à relevância do alcoolismo no mundo, no Brasil e no hospital geral. - Descrever conceitos relacionados ao alcoolismo; - Descrever as principais ações de prevenção e de cuidado ao paciente em Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) no ambiente hospitalar. - Descrever as atitudes que promovem acolhimento e vínculo da equipe de enfermagem com o paciente alcoolista.
Conteúdo programático	<p>Conteúdos atitudinais Acolhimento Atitudes da equipe de enfermagem com o paciente alcoolista Relacionamento equipe de enfermagem – paciente</p> <p>Conteúdos factuais Álcool no mundo Álcool no Brasil</p>

	<p>Prevalência de alcoolismo em hospital geral</p> <p>Conteúdos conceituais Conceito de álcool Conceito de Transtorno por Uso de Substâncias Conceito de Transtorno por Uso de Álcool Fatores de risco para o Transtorno por Uso de Álcool Identificação do paciente que tem problemas com uso de álcool Conceito de SAA Descrição detalhada dos sinais e sintomas da SAA Descrição das complicações da SAA Outras questões a serem investigadas</p> <p>Conteúdos procedimentais Prevenção da SAA Instrumentos facilitadores de avaliação/ Escala CIWA-Ar Cuidados de enfermagem: prevenção da SAA Cuidados de enfermagem: manejo da SAA</p>
Métodos de aprendizagem	O curso será disponibilizado em ambiente virtual de aprendizagem, a distância, pelo acesso via <i>internet</i> .
Recursos	O curso será composto por objetos de aprendizagem e recursos externos, tais como arquivos em PDF para consulta, bem como links de arquivos dentro do que já está disponibilizado pela instituição que está promovendo o curso.
Avaliação	Ao final do curso o aluno deverá responder um questionário composto por 12 questões referentes ao conteúdo do curso.
Critérios de aprovação	O aluno deverá acertar 70% das questões referentes ao conteúdo do curso. Conforme critérios dos cursos EaD estabelecidos pela instituição que promove o curso, o aluno terá três tentativas para atingir a nota mínima para ser considerado aprovado no curso.

APÊNDICE E – STORYBOARD

ROTEIRO DO VÍDEO 1 – apresentação do curso
CENA 1: Apresentação do curso (50 segundos)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Olá! Bem-vindo ao curso “Avaliação e manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica”.</i>
<i>Para compreendermos como devem acontecer essa avaliação e o manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica, iniciaremos nossa conversa falando sobre o porquê da importância desse tema. Falaremos sobre o alcoolismo – ou Transtorno por uso do álcool - e quais são as principais complicações para a saúde. O atendimento ao indivíduo que sofre de alcoolismo poderá ser realizado em diferentes serviços da rede de saúde, e ele poderá ou não informar sobre o seu hábito de consumo de álcool. Entre as principais complicações geradas pela interrupção abrupta do uso de álcool por alcoolistas, está a Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA). Nesse contexto, a atuação da equipe de enfermagem é de extrema importância.</i>
Vídeo
Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, o título do curso em letras garrafais: “AVALIAÇÃO E MANEJO DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA”. Após, desenha imagem de um enfermeiro segurando uma prancheta.
Legenda
Título do Curso, e em seguida segue com as falas do locutor.
ROTEIRO DO VÍDEO 2 – conteúdos atitudinais
CENA 1: Atitudes da equipe de enfermagem (1 min)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Vamos refletir: quais pensamentos e sentimentos lhe vêm à cabeça quando você está atendendo um paciente na unidade de internação após uma cirurgia e descobre que ele tem problemas com álcool?</i>
<i>“Hum, esse aí vai dar problema!”</i>
<i>“Ah, vai ser daqueles chatos de aguentar.”</i>
<i>“Pode ser que assim pare de beber.”</i>
<i>Podemos parar para pensar na seguinte frase: “Um bêbado” ou uma “bêbada” deixa de ser tantas outras coisas, como por exemplo, pai ou mãe, trabalhador ou trabalhadora, para ser tão somente bêbado ou bêbada.”</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, imagem de um enfermeiro conversando com um paciente em uma cama, e aparece balão de fala com a fala “sou alcoólatra”. Após, desenha enfermeiro pensando em sentimentos (p. ex. desenhar algo que represente medo, indiferença, falta de empatia)
Legenda
Falas do locutor

CENA 2: Acolhimento (45 seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<p><i>Ao acolher o paciente é importante demonstrar empatia, evitando ter um comportamento confrontador ou agressivo.</i></p> <p><i>Mostre ao paciente que você está disposto a escutá-lo e que entende seus problemas, inclusive a dificuldade de mudar.</i></p> <p><i>A atitude que fundamenta o princípio de empatia pode ser chamada de aceitação, lembrando que aceitação não é concordância ou aprovação.</i></p> <p><i>O acolhimento é um processo essencial das práticas de produção e promoção de saúde.</i></p> <p><i>Caracteriza-se especialmente pela escuta sensível, que considera as preocupações do paciente.</i></p>
Vídeo
Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, palavras: ACOLHIMENTO, EMPATIA, NÃO CONFRONTAR, ACEITAÇÃO, ESCUTA SENSÍVEL
Legenda
Título: Acolhimento
CENA 3: Acolhimento (50 seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<p><i>O profissional deve garantir ao paciente assistência integral e contínua, usando boa comunicação e trabalho cooperativo.</i></p> <p><i>A comunicação terapêutica é um valioso instrumento para o profissional de enfermagem desempenhar melhor suas atividades e proporcionar aos pacientes uma melhor qualidade de assistência.</i></p> <p><i>O profissional de enfermagem deve assumir uma postura empática, acolhedora, clara, disponível e livre de julgamentos, deixando claro ao paciente que o seu objetivo é ajudar a identificar seus padrões de consumo de álcool.</i></p>
Vídeo
Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, palavras: COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA, POSTURA EMPÁTICA, LIVRE DE JULGAMENTOS
Legenda
Título: Acolhimento
CENA 4: Atitudes da equipe de enfermagem com o paciente alcoolista (25seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<p><i>O profissional de enfermagem deve ter em mente que suas atitudes irão influenciar no tratamento e por isso é necessário que ele reflita sobre suas crenças, atitudes e seus valores ao interagir com esse paciente.</i></p> <p><i>Você sabe o que cada um desses termos significa?</i></p> <p><i>Você já parou para pensar nisso?</i></p>
Vídeo
Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, palavras: CRENÇAS, ATITUDES E VALORES.
Legenda
Título: Atitudes da equipe de enfermagem com o paciente alcoolista.

CENA 5: Crenças (20seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Uma crença é uma ideia que se considera ser verdadeira e pode assumir muitas formas. É algo aceito como verdadeiro pelo julgamento da probabilidade, e não por ser real. Por exemplo: para conseguir algo basta ter força de vontade. Vamos ver que esse tipo de crença (de ideia) não ajuda no cuidado ao paciente.</i>
Vídeo
Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, palavras: CRENÇAS
Legenda
Título: Crenças
CENA 6: Atitudes (35seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Uma atitude é um ponto de referência em torno do qual um indivíduo organiza o conhecimento em relação ao seu mundo. Uma atitude também tem um componente emocional. Ela pode ser um prejulgamento e pode ser seletiva e distorcida por um viés. Por exemplo: considerar o alcoolismo como um problema moral ou espiritual. Vamos ver que uma atitude adequada faz diferença no cuidado ao paciente.</i>
Vídeo
Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, palavras: ATITUDES
Legenda
Título: Atitudes
CENA 7: Valores (15seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Já os Valores são padrões abstratos, positivos ou negativos, que constituem o modo ideal de conduta e metas adotadas por um indivíduo. Por exemplo: valores humanísticos e éticos para realizar um cuidado ao usuário de substância de forma profissional, respeitosa e digna.</i>
Vídeo
Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, palavras: VALORES, RESPEITO, DIGNIDADE
Legenda
Título: Valores
CENA 8: Relacionamento Equipe de Enfermagem - Paciente (50seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Para o desenvolvimento desse relacionamento, o profissional deve analisar seus sentimentos ao trabalhar com um paciente que faz uso abusivo de álcool, pois o papel que o álcool desempenha na vida desse profissional vai afetar o seu modo de interação com o referido paciente. Sabemos que conhecer e compreender a si próprio aumentam a capacidade de estabelecer relações interpessoais satisfatórias, aprendendo a aceitar a singularidade e as diferenças nos outros. Por fim, a equipe de enfermagem deverá ser capaz de separar o paciente como pessoa sob o seu cuidado do seu comportamento relacionado à substância.</i>

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, imagem de enfermeiro pensando, com expressão tranquila; no balão do pensamento escrever: “aceitar que as pessoas são diferentes e saber que um comportamento não define o que a pessoa é”.

Legenda

Título: Relacionamento Equipe de Enfermagem – Paciente

CENA 9: Condições essenciais ao desenvolvimento de uma relação terapêutica (45seg)

Áudio (música/som) – LOCUTORSintonia

Estabelecer sintonia é criar um sentimento de harmonia com base no conhecimento e apreciação de cada indivíduo. É a capacidade de ficar parado e vivenciar o outro como um ser humano.

A capacidade verdadeira de importar-se com os outros; é o núcleo básico da sintonia.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, palavras: IMPORTAR-SE COM OS OUTROS

Legenda

Título: Sintonia

CENA 10: Condições essenciais ao desenvolvimento de uma relação terapêutica (20seg)

Áudio (música/som) – LOCUTORConfiança

A confiança não pode ser presumida; ela é conquistada.

A confiabilidade é demonstrada por ações de cuidado de enfermagem.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, imagens que exemplificam intervenções que podem auxiliar a conquistar a confiança do paciente: técnico de enfermagem fornecendo cobertor para o paciente que está tremendo de frio; paciente perguntando à enfermeira que horas ficou agendada a cirurgia e ela responde que não sabe, mas que tentará descobrir. Postura corporal aberta à comunicação, com olhar compreensivo e apoiador.

Legenda

Título: Confiança

CENA 11: Condições essenciais ao desenvolvimento de uma relação terapêutica (30seg)

Áudio (música/som) – LOCUTORRespeito

Mostrar respeito é acreditar na dignidade e no valor de um indivíduo, independentemente de seu comportamento inadequado. Pode ser definido como olhar positivo incondicional.

Sabe-se que, das patologias psiquiátricas, o alcoolismo é uma das mais rejeitadas, sendo o alcoolista estigmatizado por seu problema.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, imagens que demonstram atitudes de respeito com o paciente: enfermeiro chamando o paciente pelo nome; técnico de enfermagem jogando cartas com o paciente; enfermeiro e técnico de enfermagem conversando com o paciente em um consultório, estando somente com o paciente.

Legenda

Título: Respeito

CENA 12: Condições essenciais ao desenvolvimento de uma relação terapêutica (50seg)

Áudio (música/som) – LOCUTORVínculo

É o processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e ética entre profissional e paciente, numa convivência de ajuda e respeito mútuos. Para que aconteça é necessário primeiramente que haja uma aproximação entre paciente e profissional de enfermagem, levando em conta que: o paciente busca assistência em estado físico e emocional fragilizados, enquanto que o profissional deve estar capacitado para atender e cuidar da sua fragilidade e dos fatores associados a ela. O vínculo é a atitude mais relevante, já que exige todas as demais atitudes para ser construído. Trata-se de uma relação de co-responsabilização junto ao paciente na construção do cuidado.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, as palavras SINTONIA + CONFIANÇA + RESPEITO = VÍNCULO.

Legenda

Título: Vínculo

CENA 13: Condições essenciais ao desenvolvimento de uma relação terapêutica (35seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Ao se aproximar do paciente não use rótulos ou jargões como, por exemplo, alcoólatra, drogado, pois isso só intimida e envergonha o paciente, dificultando o estabelecimento de vínculo.

Sempre encorajar o paciente, reforçando sua autoeficácia referente aos comportamentos que ele gostaria de mudar.

Você pode dizer que confia nele e que acredita na sua capacidade de mudança.

Para isso, resgate com ele momentos de superação vividos anteriormente por ele.

E que neste momento pode contar com o apoio da equipe de saúde.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, palavras: NÃO USAR RÓTULOS! AUTOEFICÁCIA

Legenda

Título: Vínculo

ROTEIRO DO VÍDEO 3 – conteúdos factuais

CENA 1: Álcool no mundo (30seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Você sabia que o consumo de álcool contribui para 3 milhões de mortes por ano em todo o mundo? Esse número representa 5,3% de todas as mortes no mundo. O álcool é o principal fator de risco para mortalidade prematura e incapacidade entre as idades de 15 e 49 anos.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, mapa mundi.
Legenda
Taxas citadas na fala do locutor.
CENA 2: Álcool no Brasil (25seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>No Brasil, 78,6% da população maior de 15 anos já consumiram bebida alcoólica alguma vez na vida. Cerca de 30,1% dos brasileiros consumiram pelo menos 1 dose no último mês, representando aproximadamente 46 milhões de habitantes.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, mapa do Brasil.
Legenda
Taxas citadas na fala do locutor.
CENA 3: Prevalência de alcoolismo em hospital geral (30seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>No Reino Unido aproximadamente 1 em cada 5 pacientes internados em seus hospitais está usando álcool de maneira prejudicial, e 1 em cada 10 é dependente de álcool.</i>
<i>Nos Estados Unidos, o alcoolismo responde por até 62% das consultas nos serviços de emergência.</i>
<i>No Brasil, vários estudos mostram que os dados citados são semelhantes.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, um hospital.
Legenda
Taxas citadas na fala do locutor.
CENA 4: Alcoolismo em hospital geral (30seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>O atendimento de pacientes alcoolistas em hospitais gerais é bastante comum. O consumo de álcool contribui para uma ampla variedade de resultados adversos à saúde: condução de veículos após consumo de bebida alcoólica provocando acidentes de trânsito, doenças cardiovasculares e câncer, entre outras.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, homem dirigindo alcoolizado e outro homem com mão apoiada sobre o lado esquerdo do peito sugerindo infarto, ambos chegando ao hospital geral.
Legenda
Falas do locutor.

CENA 5: Alcoolismo em hospital geral (35seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>A equipe de enfermagem é a que mantém maior proximidade com as pessoas hospitalizadas, desde a admissão, até a alta, o que lhe possibilita avaliar alterações e evolução, sejam elas orgânicas ou psíquicas.</i>
<i>A equipe de enfermagem deve estar treinada quanto aos cuidados com os pacientes alcoolistas, especialmente no reconhecimento e manejo dos sinais e sintomas da Síndrome de Abstinência Alcoólica, para assegurar uma assistência em saúde de qualidade.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, equipe de enfermagem.
Legenda
Falas do locutor.
ROTEIRO DO VÍDEO 4 – conteúdos conceituais
CENA 1: Conceito de Álcool (1min 30seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Vamos conhecer um pouco o que é o álcool?</i>
<i>O álcool é uma substância natural, formada pela reação do açúcar em fermentação com esporos de leveduras.</i>
<i>Ele exerce um efeito depressor sobre o SNC, ocasionando alterações comportamentais e afetivas.</i>
<i>Os efeitos do álcool sobre o SNC são proporcionais à concentração alcoólica sanguínea.</i>
<i>Outros fatores influenciam esses efeitos: tamanho do indivíduo e a presença ou não de alimento no estômago por ocasião do consumo de álcool.</i>
<i>Cerca de 20% de uma dose única de álcool são absorvidos direta e imediatamente pela corrente sanguínea através da parede do estômago.</i>
<i>O sangue o leva diretamente ao cérebro, onde o álcool age sobre as áreas centrais de controle do cérebro, tornando mais lenta ou deprimindo a atividade cerebral.</i>
<i>Os outros 80% de álcool de uma dose são apenas processados mais lentamente pelo trato intestinal superior e passam à corrente sanguínea.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, pessoa ingerindo bebida alcoólica e mostrando o caminho percorrido por ela no corpo humano.
Legenda
Falas do locutor.
CENA 2: Conteúdo alcoólico (15seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>O conteúdo alcoólico varia de acordo com o tipo de bebida.</i>

Vídeo

					
	40 ml	85 ml	140 ml	340 ml	600 ml
Volume e tipo de bebida	de pinga, Uísque ou vodka	de vinho do Porto, vermute ou licores	de vinho de mesa	(1 lata) de cerveja ou chope	(1 garrafa) de cerveja contém quase 2 doses
Com gradação alcoólica de cerca de:	40%	28%	12%	(com gradação alcoólica de cerca de 5%)	

Legenda

Falas do locutor.

CENA 3: Conceito de Transtorno por Uso de Substância (50seg)**Áudio (música/som) – LOCUTOR**

Sabe-se que o alcoolismo é um tipo de Transtorno por Uso de Substâncias.

Esses transtornos consistem na alteração de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos do organismo.

O indivíduo segue usando a substância apesar dos problemas relacionados a ela.

Ocorre alteração no Sistema de Recompensa Cerebral, que é a área responsável pela motivação, memória, aprendizagem, controle e planejamento.

Todas as substâncias psicoativas (de abuso) aumentam os níveis de dopamina, que é o principal neurotransmissor no sistema de recompensa cerebral, produzindo sensação de prazer. Por isso, algumas pessoas consomem substâncias de forma recorrente mesmo com os problemas relacionados ao seu consumo.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, o cérebro destacando onde fica o Sistema de Recompensa Cerebral e mostrando o aumento de dopamina no local.

Legenda

Falas do locutor.

CENA 4: Efeitos das substâncias psicoativas (40seg)**Áudio (música/som) – LOCUTOR**

Os efeitos de uma substância psicoativa dependem de três elementos:

- 1. Da propriedade farmacológica da substância (depressoras, estimulantes ou perturbadoras);*
- 2. Da pessoa que a usa, suas condições físicas e psíquicas, inclusive suas expectativas;*
- 3. Do ambiente e o contexto de uso dessa droga, tais como as companhias, o lugar de uso e o que representa esse uso socialmente.*

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, quadros que destaquem cada um dos 3 elementos: propriedades farmacológicas, pessoa, ambiente.

Legenda

Falas do locutor.

CENA 5: Propriedades farmacológicas (1min 15seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Depressoras: Drogas que diminuem a atividade mental, diminuindo a atenção, a concentração, a tensão emocional e a capacidade intelectual. Exemplos: ansiolíticos (tranquilizantes), álcool, inalantes (cola) e narcóticos (morfina, heroína). Estimulantes: Drogas que aumentam a atividade mental. Exemplos: cafeína, tabaco, anfetaminas, cocaína e crack. Perturbadoras: Drogas que alteram a percepção são chamadas de substâncias alucinógenas. Exemplos: LSD, ecstasy, maconha e outras substâncias derivadas de plantas ou cogumelos.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, as diferentes propriedades juntamente com um desenho que a represente, por exemplo, depressora em um indivíduo triste.

Legenda

Falas do locutor.

CENA 6: Gravidade Transtorno por Uso de Substâncias (40seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

A gravidade do Transtorno por Uso de Substâncias pode ser classificada como leve, moderada ou grave de acordo com a quantidade de critérios de sintomas confirmados do DSM-5, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais. ATENÇÃO: se você quiser saber mais sobre esses critérios diagnósticos acesse sugestões de bibliografia disponíveis no Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle no tópico material para leitura!

Vídeo

Aparece a imagem do DSM-5, folheando a página chegando à página onde aparecem os critérios para classificação da gravidade do Transtorno por Uso de Substâncias e o link de acesso ao material: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>

Legenda

Falas do locutor.

CENA 7: Conceito de Transtorno por Uso de Álcool (50seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

O Transtorno por Uso de Álcool é definido por sintomas comportamentais e físicos, que podem incluir abstinência, tolerância e fissura. É um grave problema de saúde pública. Trata-se de uma patologia de caráter crônico responsável por inúmeros prejuízos clínicos, sociais, trabalhistas, familiares e econômicos, e que frequentemente está associada a situações de violência, acidentes de trânsito e traumas.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, os termos AGRUPAMENTO DE SINTOMAS, ABSTINÊNCIA, TOLERÂNCIA, FISSURA, PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA, PATOLOGIA CRÔNICA.

Legenda

Falas do locutor.

CENA 8: Conceitos de Abstinência, Tolerância e Fissura (55seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Para entender melhor, vamos conhecer os principais conceitos relacionados a esse transtorno.

A abstinência caracteriza-se por sintomas que se desenvolvem aproximadamente 4 a 12 horas após a redução do consumo que se segue a uma ingestão prolongada e excessiva de álcool; A Tolerância é a necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito, ou diminuição do efeito do álcool com as doses anteriormente ingeridas; E a fissura é indicada por um desejo intenso de beber, ficando difícil pensar em outras coisas, que geralmente resulta no início do consumo.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, um indivíduo com tremores ao mesmo tempo desenha relógio mostrando a passagem do tempo de 12h (abstinência); desenha um indivíduo bebendo 1 lata de cerveja e em seguida bebendo 6 latas (tolerância); e desenha indivíduo pensando em bebida (fissura).

Legenda

Abstinência, Tolerância e Fissura

CENA 9: Características do Transtorno por Uso de Álcool (30seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

O Transtorno por Uso de Álcool apresenta um curso variável, com períodos de remissão (sem uso) e recaídas.

Após um período de intoxicação grave (crise) o paciente pode parar de beber por um período de semanas ou meses. Mas assim que volta a beber, é bem provável que o consumo aumente rapidamente e que voltem a ocorrer problemas graves.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, indivíduo bebendo, indivíduo sem beber e depois voltando a beber – como numa linha do tempo.

Legenda

Falas do locutor.

CENA 10: Critérios diagnósticos (40seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

O DSM-5 define o Transtorno por Uso de Álcool como um padrão problemático de uso de álcool, que leva a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por critérios descritos no DSM-5.

ATENÇÃO: se você quiser saber mais sobre esses critérios diagnósticos acesse sugestões de bibliografia disponíveis no Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle no tópico material para leitura!

Vídeo

Aparece a imagem do DSM-5, folheando a página chegando à página onde aparecem os critérios diagnósticos do Transtorno por Uso de Álcool e o link de acesso ao material: <http://www.niip.com.br/wp-content/uploads/2018/06/Manual-Diagnostico-e-Estatistico-de-Transtornos-Mentais-DSM-5-1-pdf.pdf>

Legenda

Falas do locutor.

ROTEIRO DO VÍDEO 5 – Desafio 1

CENA 1: Descrição do desafio 1 (1min)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Agora que já conhecemos alguns conceitos importantes, do transtorno por uso de álcool, vamos refletir juntos sobre um desafio apresentado em um caso clínico. Queremos saber que alternativa se mostra mais correta para esta situação descrita.

Vamos lá!

Um homem de 28 anos bebe regularmente há 12 anos.

Ele mantém seu emprego como motorista de caminhão, mas às vezes bebe para “dirigir alto” para cumprir prazos.

Tem conflitos com a esposa.

Nega aumento da ingestão de bebida alcoólica, mas afirma já não ficar tão bêbado como costumava com a mesma quantidade de álcool.

Qual dos seguintes fatores da sua história é o MAIS específico para Transtorno por Uso de Álcool?

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, as alternativas para resposta:

- a) Dirigir embriagado.
- b) Conflitos conjugais.
- c) Não ficar tão intoxicado facilmente como no passado.
- d) História de 12 anos regulares de uso de álcool.

É dado um tempo adicional de 15 segundos após a leitura das alternativas para o aluno fazer a escolha mentalmente.

Legenda

Título Desafio 1

CENA 2: Solução do Desafio 1 (40seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

A resposta correta é a letra C!

Embora dirigir embriagado, conflitos conjugais e problemas profissionais também sejam critérios para abuso de álcool, o fenômeno da tolerância aparece como principal critério para o Transtorno por Uso de Álcool, ou seja, “o não ficar tão intoxicado facilmente como no passado” por necessitar de doses cada vez maiores para obter os mesmos efeitos do período de início do consumo.

Vídeo

Segue aparecendo no vídeo as alternativas para resposta, com destaque para a alternativa C (correta).

- a) Dirigir embriagado.
- b) Conflitos conjugais.
- c) Não ficar tão intoxicado facilmente como no passado.
- d) História de 12 anos regulares de uso de álcool.

Legenda

Título Desafio 1

ROTEIRO DO VÍDEO 6 – conteúdos conceituais (continuação)
CENA 1: Fatores de Risco para Transtorno por Uso de Álcool (15seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Vamos voltar ao nosso estudo. Os principais fatores de risco para o Transtorno por Uso de Álcool podem ser agrupados em fatores individuais, ambientais e drogas.</i>
Vídeo
Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, os termos INDIVÍDUO, AMBIENTE E DROGAS (pode fazer pirâmide com cada fator em uma das extremidades da figura geométrica).
Legenda
Falas do locutor.
CENA 2: Fatores individuais (biológicos e personalidade) (2min 20seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Os principais fatores individuais envolvidos são:</i>
<i><u>Sexo:</u> O corpo feminino tem menor quantidade de água que o masculino, o que determina que, com a mesma quantidade de álcool, a concentração será maior no organismo feminino; tem menor quantidade da enzima responsável pela primeira etapa de metabolização do álcool no organismo (álcool-desidrogenase - ADH), e assim a mulher atinge maiores concentrações de álcool no sangue e demora mais tempo para metabolizá-lo do que o homem, bebendo quantidades equivalentes.</i>
<i><u>Idade:</u> A adolescência é um período de grande risco para envolvimento com substâncias psicoativas. Quanto mais cedo um jovem inicia o consumo de álcool e/ou outras drogas, maiores são as chances de se tornar dependente.</i>
<i><u>Herança genética:</u> 40 a 60% da variação no risco são explicados por influências genéticas. Filhos biológicos de indivíduos com transtorno por uso de álcool, mesmo quando adotados por pais sem o transtorno, têm o risco 3 a 4 vezes maior de desenvolver a doença. A predisposição genética não é determinante para o desenvolvimento do transtorno por uso de álcool, mas as pessoas com história familiar devem ser alertadas de que têm maior risco de desenvolverem o alcoolismo.</i>
<i><u>Comorbidade psiquiátrica:</u> A cada dois pacientes que buscam tratamento para transtorno por uso de substância pelo menos um tem outro transtorno mental.</i>
<i><u>Personalidade:</u> Pessoas muito impulsivas têm maiores chances de iniciar precocemente o consumo de álcool e ter problemas mais graves. As formas inadequadas de enfrentamento de estresse também estão relacionadas ao alto consumo de substâncias.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, figuras que simbolizem os fatores de risco: mulher, adolescente, DNA, indivíduo falando que sofre de depressão e alcoolismo, homem sendo demitido de emprego e saindo para beber.
Legenda
Fatores de risco.

CENA 3: Fatores ambientais (dinâmicos e diversos) (45seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Entre os fatores ambientais estão o ambiente em que vive, fatores econômicos e de políticas públicas.

Ambiente: A visão do local onde o paciente costumava fazer uso da substância pode estimular a vontade de usá-la, pois ocorre uma associação entre o ambiente e a memória do efeito da substância.

O consumo intenso da substância pelas pessoas de maior convívio também pode servir de estímulo ao uso da substância.

Políticos: falta de implementação de políticas sobre o álcool e de fiscalização em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de idade.

Econômicos: a facilidade de acesso ao álcool, incluindo o preço, contribui para o maior consumo de álcool.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, imagens representativas de fatores de risco ambientais como uma praça onde o paciente encontra amigos e bebe, e uma criança comprando cerveja em um boteco.

Legenda

Fatores de risco.

CENA 4: Drogas (características farmacológicas) (1min)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Todas as substâncias capazes de causar euforia ou de aliviar a dor atuam no circuito de recompensa, o que resulta na liberação de dopamina, e sempre que esse circuito é estimulado, ele classifica o estímulo como “bom” e envia esses estímulos para áreas do cérebro relacionadas à memória.

O álcool atua no Sistema Nervoso Central (SNC), e dependendo da quantidade ingerida causa leve euforia inicial e progressiva sedação. A relação que o indivíduo fará com a bebida alcoólica depende de múltiplos fatores.

E nesse processo de aprendizado de maneiras de usar o álcool, é com o surgimento dos sintomas de abstinência que se estabelece uma forte associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência, pois o indivíduo passa a beber para alívio desses sintomas de abstinência.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, o cérebro com o circuito de recompensa ativado quando o indivíduo faz uso de bebida alcoólica.

Legenda

Fatores de risco.

ROTEIRO DO VÍDEO 7 – Caso Clínico 1

CENA 1: Caso Clínico 1 (1min 40 seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Vamos ilustrar uma situação comum que ocorre com indivíduos com transtorno por uso de álcool. A descrição do caso, a seguir, mostra isso.

Veja se isso já aconteceu contigo, no serviço que você atende.

Vilson, 38 anos, é casado e tem 2 filhos. Seu pai foi alcoolista. Raramente o pai esteve por perto. Quando presente, o pai geralmente estava alcoolizado e atrapalhava a ocasião. Vilson saiu de casa aos 18 anos. Ao ingressar na faculdade, Vilson começou a sair para beber após a aula. Bebia duas “cervejinhas” e dizia que “não ia dar nada”.

Com o tempo passou a beber mais do que duas, e seguiu com este hábito mesmo após terminar a faculdade e começar a trabalhar como advogado em um escritório. Hoje seu chefe lhe avisou que se chegasse mais uma vez atrasado ele seria demitido, e Vilson achou um exagero, uma vez que afirma sempre entregar os relatórios dentro dos prazos estabelecidos. Irritado com o chefe, Vilson saiu do escritório e foi beber. A esposa foi chamada no bar, pois Vilson havia caído e batido com a cabeça. Ao chegar na Emergência, Vilson foi atendido imediatamente. Foi submetido a exames e a sutura no corte na região frontal da cabeça. Quando alerta, Vilson apresenta tremores finos de extremidades, sudorese facial discreta. Está orientado em tempo e no espaço, levemente ansioso. Ao exame clínico, sem outras complicações.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, Vilson, com a esposa e 2 filhos. Desenha Vilson na infância e o pai dele bebendo. Vilson trabalhando no escritório, chegando atrasado e o chefe lhe chamando a atenção. Vilson sai para beber. Vilson chegando à Emergência com tremores.

Legenda

Falas do locutor.

ROTEIRO DO VÍDEO 8 – conteúdos conceituais (continuação)

CENA 1: Identificação do paciente que tem problemas com uso de álcool (45 seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Continuando o nosso estudo!

A informação quanto ao consumo de bebida alcoólica deve estar registrada e comunicada à equipe que está cuidando do paciente para facilitar a identificação de que o sintoma apresentado pelo paciente é ou não decorrente desse consumo.

A identificação do comportamento de abuso de bebida alcoólica é o primeiro passo para auxiliar a equipe de enfermagem na avaliação de sinais e sintomas. O paciente poderá internar para realizar uma intervenção cirúrgica, e identificar o uso de álcool possibilitará prevenir complicações nos períodos pré-operatório, transoperatório e/ou pós-operatório.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, enfermeiro preenchendo a anamnese do paciente colocando a informação sobre o uso de álcool do paciente e em seguida compartilhando esta informação com o técnico de enfermagem. Aparecem em destaque as palavras **INFORMAÇÕES REGISTRADAS**

Legenda

Falas do locutor.

CENA 2: Identificação do paciente que tem problemas com uso de álcool (20 seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Os instrumentos de triagem devem servir como uma ferramenta de trabalho, a fim de identificar a intervenção necessária para a melhoria da condição de saúde e qualidade de vida do paciente e não para rotular o mesmo. Entre os principais estão o CAGE, o AUDIT e o AUDIT SHORT (AUDIT-C). Neste curso veremos o AUDIT SHORT.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, os nomes dos testes e significados das siglas: CAGE = Cut down, Annoyed, Guilty e Eye-opener; AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT SHORT (AUDIT-C)

Legenda

Instrumentos de triagem

CENA 3: Identificação do paciente que tem problemas com uso de álcool (15 seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

O AUDIT SHORT ou AUDIT-C é um teste rápido que auxilia na identificação do padrão de consumo, abusivo ou sugestivo de dependência de álcool. Cada pergunta do instrumento tem cinco opções de resposta, possibilitando uma pontuação de 0 a 4 em cada, sendo a = 0 pontos, b = 1 pontos, c = 2 pontos, d = 3 pontos, e = 4 pontos. Para homens, a pontuação de 0 a 3 é considerada de baixo risco; entre 4 e 5 pontos, risco moderado; entre 6 e 7 pontos, alto risco e de 8 a 12 pontos, risco severo. E para mulheres, pontuação de 0 a 2 é considerada de baixo risco; entre 3 e 5 pontos, risco moderado; entre 6 e 7 pontos, alto risco e de 8 a 12 pontos, risco severo.

Vídeo

FORMULÁRIO AUDIT-C

1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

- a) Nunca
- b) Mensalmente ou menos
- c) De 2 a 4 vezes por mês
- d) De 2 a 4 vezes por semana
- e) 4 ou mais vezes por semana

2. Nas ocasiões em que bebe, quantas doses você consome tipicamente ao beber?

- a) 1 ou 2
- b) 3 ou 4
- c) 5 ou 6
- d) 7, 8 ou 9
- e) 10 ou mais

3. Com que frequência você toma seis ou mais doses de uma vez?

- a) Nunca
- b) Menos do que uma vez ao mês
- c) Mensalmente
- d) Semanalmente
- e) Todos ou quase todos os dias

Legenda

AUDIT SHORT (AUDIT-C)

CENA 4: Conceito de Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) (45seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>A Síndrome de Abstinência Alcoólica indica a existência de dependência alcoólica. É um conjunto de sinais e sintomas que surgem já nas primeiras 6 horas após uma redução parcial ou total da dose, voluntária ou não, e que variam quanto à intensidade e gravidade. Esses sintomas resultam de um processo de neuroadaptação que ocorre no SNC, e estão relacionados à alteração nos níveis de liberação de noradrenalina e dopamina. Essa síndrome tem curso flutuante e autolimitado, com pico de duração de 24 a 48 horas após o início dos sintomas, podendo durar de 5 a 7 dias e prolongar até 14 dias.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, cérebro saudável com flecha para cérebro tremendo. Escreve do lado “tempo de duração dos sintomas” e, embaixo, o pico e a duração.
Legenda
Falas do locutor.
CENA 5: Descrição detalhada dos sinais e sintomas de Síndrome de Abstinência Alcoólica (35seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Os sinais e sintomas mais comuns da Síndrome de Abstinência Alcoólica são:</i>
Vídeo
Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, os sinais e sintomas: agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, e podem evoluir com complicações como alucinações, <i>Delirium tremens</i> (DT) e convulsões e óbito.
Legenda
Sinais e Sintomas da Síndrome de Abstinência Alcoólica
CENA 6: Sintomas físicos (30seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Os sinais e sintomas físicos são Tremores (desde finos até generalizados por todo o corpo); Náuseas e vômitos; Aumento da temperatura corpórea; Aumento da frequência cardíaca; Aumento da pressão arterial; Hipotensão ortostática; Sudorese; Cefaleia; Cãibras; Tontura, e Convulsões</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, símbolos que representem cada um dos sintomas físicos.
Legenda
Falas do locutor.
CENA 7: Sintomas afetivos (15seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>As principais alterações afetivas são Irritabilidade; Ansiedade; Fraqueza; Inquietação, e Depressão.</i>

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, símbolos que representem cada um dos sintomas afetivos.

Legenda

Falas do locutor.

CENA 8: Sintomas cognitivos (15seg)**Áudio (música/som) – LOCUTOR**

As alterações cognitivas envolvem a Diminuição do campo vivencial; Ilusões; Alucinações (visuais, auditivas e táteis), e Pesadelos.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, símbolos que representem cada um dos sintomas cognitivos.

Legenda

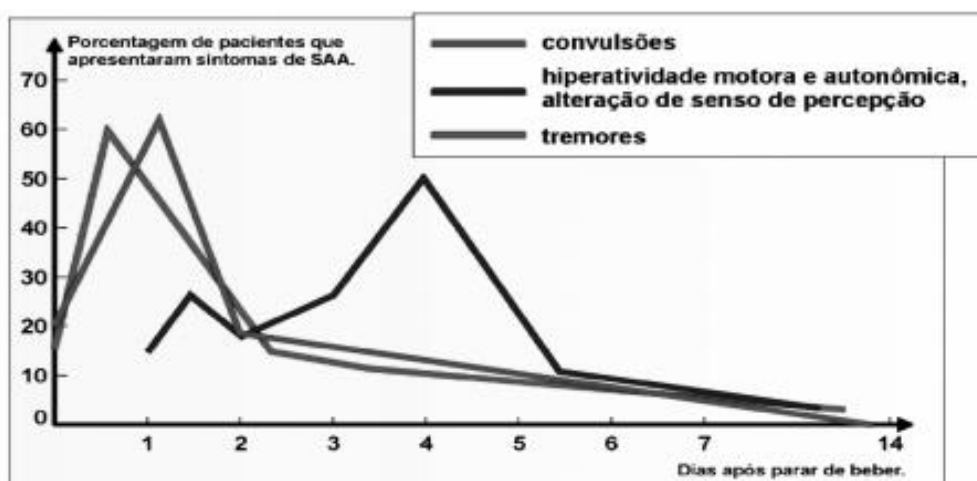
Falas do locutor.

CENA 9: Interrupção do uso de álcool e surgimento dos sintomas (25seg)**Áudio (música/som) – LOCUTOR**

Este gráfico mostra a relação entre a interrupção do uso de bebida alcoólica e o surgimento dos sintomas mais comuns conforme o tempo de abstinência, trazendo também a porcentagem de pacientes que os apresentaram.

Observe que Tremores e convulsões são muito observados nos primeiros dias (1-2 dias) e que a hiperatividade motora, autonômica e de sensopercepção (importantes alterações dos sinais vitais, agitação, irritabilidade, alucinação, entre outros ocorrem principalmente entre o 3-5 dias, variando caso a caso).

Nessa etapa o olhar profissional e criterioso da equipe de enfermagem faz diferença para proporcionar um cuidado de qualidade e prevenir o agravamento do quadro.

Vídeo**Legenda**

Falas do locutor.

CENA 10: Descrição das complicações da Síndrome de Abstinência Alcoólica (35seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Entre os principais quadros de agravamento da Síndrome de Abstinência Alcoólica estão o Delirium tremens, a Alucinação alcoólica, as Convulsões, a Encefalopatia de Wernicke e a Psicose de Korsakoff. Essas complicações são todas evitáveis uma vez que o tratamento para prevenir ou mesmo tratar a SAA for realizado de forma segura e precocemente. Vamos ver brevemente as características de cada uma delas.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, os termos: DELIRIUM TREMENS, ALUCINOSE ALCOÓLICA, CONVULSÕES, ENCEFALOPATIA DE WERNICKE E PSICOSE DE KORSAKOFF.

Legenda

Principais quadros de agravamento da Síndrome de Abstinência Alcoólica.

CENA 11: Delirium tremens (1min 10seg)**Áudio (música/som) – LOCUTOR**

O Delirium tremens é a complicação mais grave. É uma psicose orgânica que se caracteriza por: quadro confusional agudo, flutuante e autolimitado, que tende a ser menor pela manhã, piorando no final do dia e início da noite. Os sintomas prodrômicos tipicamente incluem: insônia, tremores e medo. O paciente em Delirium tremens apresenta rebaixamento do nível de consciência, desorientação temporal e espacial, estreitamento do campo vivencial e desatenção. O comportamento pode ficar desorganizado, podendo ocorrer agitação intensa, fala ininteligível, com agressividade verbal e física, e humor disfórico. Podem ocorrer alucinações táteis e visuais: em geral o paciente relata visão de insetos ou pequenos animais próximos a ele ou caminhando por seu corpo. Esse tipo de alucinação pode evoluir para estado de agitação e violência na tentativa de afastar as microzoopsias.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, termos importantes do conceito trabalhado: DELIRIUM TREMENS, PSICOSE ORGÂNICA, QUADRO CONFUSIONAL AGUDO, FLUTUANTE E AUTOLIMITADO. PIORA AO FINAL DO DIA.

Legenda

Delirium tremens

CENA 12: Delirium tremens (45seg)**Áudio (música/som) – LOCUTOR**

Geralmente tem início cerca de 3 dias após o aparecimento dos sintomas de abstinência alcoólica. Pode durar de 1 semana a 2 meses, sendo que na maioria dos pacientes dura de 10 a 12 dias. Atenção aos idosos: curso mais prolongado, maior risco de mortalidade e de complicações e menor frequência de recuperação total. A taxa de mortalidade é alta, de 1 a 4% dos pacientes hospitalizados, mas pode ser reduzida se o diagnóstico for feito com mais rapidez e os sintomas tratados de forma adequada.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, paciente sem apoio, apresentando tremores e sudorese na cama e, ao lado, paciente com apoio de profissional sem sinais de abstinência.

Legenda
<i>Delirium tremens</i>
CENA 13: Alucinose Alcoólica (45seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>A Alucinose alcoólica tem quadro caracterizado pela presença de alucinações visuais ou auditivas vívidas e de início agudo, como, por exemplo, cliques, rugidos, trechos de músicas, barulho de sinos, cânticos e vozes. Uma característica peculiar desse tipo de fenômeno é que ocorre na ausência de rebaixamento do nível de consciência, ou seja, as alucinações ocorrem em um cenário de clara consciência. O paciente tem crítica de que as vozes são imaginárias e podem apresentar medo, ansiedade e agitação em decorrência dessas experiências.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, pessoa com cara de medo, com algum fantasma agarrando-a pelas costas e Zoopsias.
Legenda
Alucinose Alcoólica.
CENA 14: Convulsões (35seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Convulsões: A maioria das crises é do tipo tônico-clônica generalizada durante a abstinência. Mais de 90% ocorrem até 48 horas após a interrupção do uso de álcool e estão associadas com evolução para formas graves de abstinência. Cerca de 10 a 15% dos usuários de álcool apresentam crises convulsivas e 1/3 dos pacientes evoluem para Delirium tremens se não tratados.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, pessoa tremendo deitada numa cama, com relógio do lado indicando o passar das horas
Legenda
Convulsões.
CENA 15: Encefalopatia de Wernicke (50seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Encefalopatia de Wernicke Caracterizada pela tríade clássica, mesmo que não tenha todos os sintomas: 1. Alterações oculomotoras: nistagmo e paralisia do olhar conjugado. 2. Ataxia cerebelar: alargamento da base de sustentação ou, quando mais intensa, paciente necessita de auxílio para deambular. 3. Confusão mental: estado confusional agudo, no qual o paciente pode estar apático, com diminuição do estado de alerta e atenção. Alguns pacientes podem apresentar sintomas de abstinência alcoólica.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, nistagmo, ataxia cerebelar e confusão mental. Ilustrar com figura de paciente nesta situação em pé, ao lado do leito (cama).
Legenda
Encefalopatia de Wernicke.

CENA 16: Psicose de Korsakoff (30seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Psicose de Korsakoff</i> <i>Caracterizada por um transtorno amnésico também relacionado ao uso crônico de álcool e carência nutricional. Tanto a memória recente como a memória passada estão comprometidas, dificultando o aprendizado e as funções executivas. As confabulações podem estar presentes, ou sejam, falsas lembranças ou memórias distorcidas.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, pessoa pensando em dois momentos parecidos, um real e um irreal com coisas fantasiosas da imagem real.
Legenda
Psicose de Korsakoff.
CENA 17: Síndrome de Wernicke e Korsakoff (40seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>A combinação do quadro de Encefalopatia de Wernicke com a Psicose de Korsakoff constituem a Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Ela é caracterizada por alterações neurológicas causadas pela deficiência de tiamina (vitamina B1). A deficiência de tiamina é bastante comum em usuários crônicos de álcool, mas também pode ocorrer em outras situações clínicas nas quais a absorção esteja comprometida, como, por exemplo na nutrição parenteral prolongada. Assim, a principal característica desta síndrome são os sintomas da Encefalopatia de Wernicke associados a um comprometimento persistente de memória e aprendizado.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, seringa de injeção.
Legenda
Síndrome de Wernicke-Korsakoff.
ROTEIRO DO VÍDEO 9 – Caso Clínico 2
CENA 1: Caso Clínico 2 (2min 15 seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Vamos ilustrar outra situação que demonstra como isso costuma ocorrer. Uma senhora de 69 anos vem bebendo meio litro de vodca há uns treze anos. Antes disso, “bebia socialmente”. Após o divórcio, há 15 anos, ela ficou deprimida e passou a beber mais, porque “se sentia melhor quando bebia”. Conheceu seu segundo marido, também um alcoolista, em um barzinho de Porto Alegre. Eles continuaram a beber em casa, à noite. Com o tempo, foi perdendo a vontade de levantar-se para trabalhar e perdeu seu emprego, devido a frequentes atrasos e faltas não justificadas. Desempregada, passou a beber a qualquer hora do dia, alternando vodca com cerveja. Ao perceber que estava ganhando peso, foi substituindo a cerveja por vodca, iniciando com uma dose, mas logo aumentou o consumo até passar a beber 1 litro de vodca. Começou a ter lapsos de memória de forma recorrente, chegando a queimar o forro do sofá, sem se lembrar do que tinha</i>

acontecido. As brigas com o marido aumentaram, até o dia em que ele saiu de casa, após violenta discussão. Um dia, ao sair de casa para ir comprar bebida, teve uma queda e foi socorrida por um rapaz que caminhava por perto e a levou para o hospital. Ao chegar na Emergência, foi verificado que a paciente apresentava hipertermia, 39,4º, tremores generalizados e confusão mental. Estava bastante inquieta. Após terem sido realizados exames, foi constatado que a paciente estava com infecção urinária e logo iniciaram tratamento. Ao levantar-se do leito auxiliada pela enfermagem para ir ao banheiro, paciente apresentava marcha atáxica. Ao exame a paciente apresentava nistagmo. Seu discurso foi ficando mais confuso. O ex-marido conseguiu ser localizado e trouxe as informações sobre o histórico de alcoolismo da paciente, que passou então a receber tratamento para a Síndrome de Abstinência Alcoólica com suspeita de Síndrome de Wernicke-Korsakoff.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, uma senhora idosa bebendo vodca. Deprimida, indo a um bar acompanhada pelo marido. Aparece ela brigando com o esposo e ele indo embora. Aparece a senhora chegando a Emergência com tremores.

Legenda

Falas do locutor.

ROTEIRO DO VÍDEO 10 – conteúdos conceituais (continuação)

CENA 1: Observações acerca da tiamina (1min)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Vamos entender melhor qual o papel da Tiamina no transtorno por uso de álcool. Continuando o nosso estudo!

A tiamina é uma coenzima essencial para vários mecanismos bioquímicos do cérebro. Em pacientes alcoolistas a deficiência de tiamina é a mais comum. Entre os sintomas estão: quadros de fadiga, irritabilidade, diminuição do apetite, distúrbio do sono e da memória, dor precordial, desconforto abdominal, entre outros. Casos mais graves podem resultar em neuropatia periférica e Síndrome de Wernicke- Korsakoff. Os fatores que contribuem para o desenvolvimento da deficiência de tiamina em alcoolistas são: diminuição de autocuidado; diminuição da absorção intestinal; diminuição da capacidade do fígado de armazenar vitaminas; diminuição da conversão da tiamina na sua forma ativa, e aumento da demanda de tiamina devido ao metabolismo do álcool. **A administração parenteral é a mais indicada, pois permite uma rápida correção da deficiência de tiamina cerebral.**

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, técnico de enfermagem administrando a vitamina por cateter venoso periférico no paciente.

Apresentar uma foto da apresentação da Tiamina (ampolas e dosagens) e de bolsa de Soro Fisiológico e equipo com tiamina diluída em seu conteúdo, com destaque para a sua coloração amarelada e das altas doses utilizadas para o tratamento.

Legenda

Falas do locutor que estão destacadas em negrito.

ROTEIRO DO VÍDEO 11 – Desafio 2

CENA 1: Descrição do desafio 2 (1min10seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Penso que agora já estamos preparados para testar nossos conhecimentos com outro desafio.

Leia o caso clínico a seguir e escolha a alternativa correta. Vamos lá!

Um homem de 60 anos é levado para a Emergência por sua esposa porque está “confuso” já há algum tempo. Conta que outro dia quis comprar uma escova de dentes, mas o paciente não soube dizer o nome do objeto. Esposa relata que paciente está aposentado há 5 anos e que hoje pela manhã contou com detalhes “ter recebido uma promoção no escritório, assumindo o cargo de chefe do setor”. Durante a anamnese, paciente contou para a equipe que é um “bebedor inveterado” e que chega a consumir 1 engradado de cerveja todos os dias nos últimos 30 anos. Come menos e prefere álcool em vez de refeições. Esposa afirma que o paciente perdeu peso. Qual dos seguintes sintomas provavelmente reforça o provável diagnóstico de Transtorno por Uso de Álcool?

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, as alternativas para resposta:

- a) Confabulação
- b) Delírios
- c) Afeto elevado
- d) Emagrecimento

É dado um tempo adicional de 15 segundos após a leitura das alternativas para o aluno fazer a escolha mentalmente.

Legenda

Título Desafio 2

CENA 2: Solução do Desafio 2 (35seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

A alternativa correta é a letra A!

*Longa história de álcool e possível desnutrição crônica, e sequela orgânica importante devido à deficiência de tiamina (vitamina do complexo B). Esse quadro resulta na Síndrome de Korsakoff, o qual tem como característica quadro demencial, amnésia retrógrada (memórias antigas) e para compensar essas lacunas apresenta **confabulação** (falsas lembranças ou memórias distorcidas).*

Vídeo

Segue aparecendo no vídeo as alternativas para resposta, mas a alternativa A fica em destaque.

- a) Confabulação
- b) Delírios
- c) Afeto elevado
- d) Emagrecimento

Legenda

Título Desafio 2

ROTEIRO DO VÍDEO 12 – conteúdos conceituais (continuação)

CENA 1: Outras questões a serem investigadas (20seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Vamos voltar ao nosso estudo. Veja que em doses baixas o álcool produz relaxamento, perda de inibições, falta de concentração, sonolência, fala pastosa e sono. O abuso crônico ocasiona distúrbios fisiológicos em múltiplos sistemas. Essas complicações incluem arritmias, hipertensão, miocardiopatia alcoólica entre outras condições circulatórias.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, o coração e dele saem os nomes das complicações relacionadas ao álcool: ARRITMIAS, HIPERTENSÃO, MIOCARDIOPATIA ALCOÓLICA.

Legenda

Título: Sistema cardiovascular.

CENA 2: Outras questões a serem investigadas (15seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

O fígado é um órgão bastante vulnerável a lesões relacionadas ao álcool por ser o foco primário do seu metabolismo. As principais complicações relacionadas estão Hepatite C, Esteatose Hepática, Hepatite Alcoólica E Cirrose Hepática.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, o fígado e dele saem os nomes das complicações relacionadas ao álcool: HEPATITE C, ESTEATOSE HEPÁTICA, HEPATITE ALCOÓLICA E CIRROSE HEPÁTICA.

Legenda

Título: Sistema gastrointestinal

CENA 3: Outras questões a serem investigadas (25seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

No estômago o álcool estimula a secreção de suco gástrico e aumenta a permeabilidade da mucosa. Os pacientes que consomem álcool de forma abusiva comumente sofrem de sintomas intestinais como diarreia e má absorção; e principalmente de gastrite e desnutrição.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, o estômago e dele saem os nomes das complicações relacionadas ao álcool: GASTRITE, DESNUTRIÇÃO.

Legenda

Título: Sistema gastrointestinal.

CENA 4: Outras questões a serem investigadas (20seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

A ação direta do álcool sobre a mucosa do esôfago pode ocasionar a hemorragia digestiva alta. O pâncreas é outro órgão afetado pelo álcool, levando a pancreatite aguda e crônica.

Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, o esôfago e dele sai o nome das complicações relacionadas ao álcool: VARIZES ESOFÁGICAS. Em seguida desenha o pâncreas e os nomes das complicações relacionadas ao álcool: PANCREATITE AGUDA, PANCREATITE CRÔNICA.
Legenda
Título: Sistema gastrointestinal.
CENA 5: Outras questões a serem investigadas (20seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Uma curiosidade, entre os tipos de bebidas, temos que especialmente a cerveja tem propensão a produzir excesso de ácido úrico, devido ao seu alto conteúdo de purina, contribuindo para inflamações das articulações. A densidade óssea diminui em indivíduos com uso abusivo de álcool.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, ossos músculos e deles saem os nomes das complicações relacionadas ao álcool: GOTA, OSTEOPOROSE, MIOPATIA.
Legenda
Título: Sistema musculoesquelético.
CENA 6: Outras questões a serem investigadas (25seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>No sistema nervoso, entre as diversas complicações destacamos a demência alcoólica: De difícil diagnóstico, não podendo afirmar que exista uma única forma de demência relacionada ao álcool, ou uma única fisiopatologia, mas existe uma associação entre o uso crônico de álcool e prejuízos cognitivos, sobretudo da memória.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, o cérebro e dele saem os nomes das complicações relacionadas ao álcool: ENCEFALOPATIA HEPÁTICA, NEUROPATIA PERIFÉRICA, DEMÊNCIA ALCOÓLICA.
Legenda
Título: Sistema nervoso.
CENA 7: Outras questões a serem investigadas (25seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Na pele alertamos para a psoríase. O consumo diário de álcool por homens com psoríase é mais comum em homens com outras doenças de pele. Parece que o beber excessivo se relaciona com a gravidade da doença. Em bebedores pesados, a psoríase afeta em especial as palmas das mãos e solas dos pés.</i>
Vídeo
Imagem de pessoa com lesões de psoríase.
Legenda
Título: Pele.
CENA 8: Outras questões a serem investigadas (20seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR

A exposição crônica ao álcool, e a associação com o tabagismo, é vinculada à gênese de tumores do trato digestivo superior.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, os diferentes tipos de câncer: CÂNCER DE BOCA, DE FARINGE, DE LARINGE, DE ESÔFAGO E DE ESTÔMAGO. O CÂNCER DE FÍGADO E DE MAMA.

Legenda

Título: Câncer.

ROTEIRO DO VÍDEO 13 – conteúdos procedimentais

CENA 1: Prevenção da Síndrome de Abstinência Alcoólica (20seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

A intoxicação pelo álcool e o Delirium tremens são as principais emergências decorrentes do uso de álcool. As complicações da Síndrome de Abstinência Alcoólica também podem constituir quadros de emergência e por isso é muito importante sabermos preveni-la.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, os termos: EMERGÊNCIAS, INTOXICAÇÃO PELO ÁLCOOL, DELIRIUM TREMENS, COMPLICAÇÕES DA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA.

Legenda

Título.

CENA 2: Prevenção da Síndrome de Abstinência Alcoólica (30seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

A equipe de enfermagem deve estar preparada para a identificação de sintomas precoces para evitar maiores danos à saúde do paciente. Esses sintomas podem ser identificados por qualquer profissional da enfermagem que esteja na linha de frente do cuidado ao paciente. Quando identificado o paciente alcoolista, fazemos uso de instrumentos que servem de “guia” para a avaliação, tornando o cuidado mais seguro para o paciente.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, enfermeiro com prancheta.

Legenda

Título + papel da enfermagem.

CENA 3: Instrumentos facilitadores de avaliação (45seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

O uso da Escala CIWA-Ar em ambiente hospitalar pode reduzir o tempo de desintoxicação, evitar a administração de medicamentos desnecessários e ajudar a diminuir a incidência de Delirium tremens. A Escala CIWA pode auxiliar o enfermeiro a identificar e avaliar a gravidade dos sintomas, podendo intervir adequadamente, e direcionar o momento das reavaliações. Essa escala foi desenvolvida para fornecer uma avaliação da Síndrome de Abstinência Alcoólica mesmo nos pacientes que apresentam abstinência e delirium graves, pois não exige a participação do paciente.

Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, enfermeiro com prancheta.
Legenda
Escala Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar)
CENA 4: Instrumentos facilitadores de avaliação (45seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>A escala CIWA é uma ferramenta com uma lista de 10 sinais e sintomas, de manejo rápido, necessitando de 2 a 5 minutos para sua aplicação. O paciente pode auxiliar respondendo a alguns itens, mas a maioria deles pode ser respondida ao se observar o paciente. Essa escala costuma ser aplicada por enfermeiros, mas seu uso não é exclusivo dessa categoria profissional. Conforme o serviço de saúde, outros profissionais poderão ser treinados para a aplicação da escala.</i>
Vídeo
Imagem da Escala CIWA-Ar
Legenda
Escala Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar)
CENA 5: Instrumentos facilitadores de avaliação (1min)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>A escala CIWA pode ser impressa e levada pelo enfermeiro no momento da avaliação do paciente, enquanto o enfermeiro não estiver familiarizado com os itens a serem avaliados, mas o ideal é não levar o documento para que a avaliação seja mais natural. A escala CIWA deve ser aplicada assim que o paciente com problemas relacionados ao consumo de álcool interna e ser repetida na próxima hora apenas se o paciente pontuar na escala conforme parâmetros da Escala e conforme prescrição médica. Se o paciente não pontuar, a enfermagem deverá seguir atenta aos sinais vitais e sintomatologia de abstinência para estar alerta à necessidade de aplicar a escala CIWA-Ar novamente. Evitar acordar o paciente para aplicação da escala, mas estar atento aos sinais de abstinência observáveis.</i>
Vídeo
Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco: SE CIWA-Ar PONTUAR 8 OU MAIS, APLICAR A ESCALA DE HORA EM HORA ATÉ RESULTADO MENOR QUE 8.
Legenda
Escala Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar)
CENA 6: Instrumentos facilitadores de avaliação (1min 10seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>O reconhecimento dos sinais e sintomas e aplicação correta da Escala CIWA possibilita uma avaliação segura da Síndrome da Abstinência Alcoólica e gravidade da Síndrome. A prescrição médica possibilita que esse profissional deixe a medicação prescrita também na modalidade “se necessário”, ou seja, em situações específicas em que haja recomendação da aplicação de determinada</i>

medicação conforme protocolo assistencial. Saliente-se que a escala CIWA-Ar inclui parâmetros para medicar o paciente com psicotrópico da classe dos benzodiazepínicos, conforme seja o resultado na aplicação da escala. As condutas da equipe devem estar registradas em protocolo e validado dentro do serviço para alinhamento das ações da equipe multiprofissional.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, PARÂMETROS DA ESCALA CIWA-Ar e aparece a seguinte imagem:

Se CIWA-AR <8 e sinais vitais estáveis – não medicar

Chamar o plantão médico:	•	Sempre que CIWA for maior que 15
	•	Precisar mais de 2 doses seguidas
	•	Sintomas de desorientação ou alucinações
	•	Pa > 160/100 ou FC >100 ou TA>38°C

Se CIWA-AR <8 e PA diastólica > 110 – medicar com diazepam ou lorazepam

Se CIWA-AR >8 e <15 ou PA diastólica >110 – medicar com diazepam ou lorazepam de hora em hora até ficar <8

Se CIWA-AR > 15 – medicar e reavaliar CIWA-AR e sinais vitais de hora em hora até CIWA < 15.

Legenda

Escala Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar)

CENA 7: Instrumentos facilitadores de avaliação (40 seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

As pontuações na CIWA-Ar variam de 0 a 67 e o escore final classifica a Síndrome de Abstinência Alcoólica em leve, moderada e grave, fornecendo subsídios para o planejamento do cuidado mais adequado ao paciente.

ATENÇÃO: conheça a escala na íntegra disponibilizada no Ambiente Virtual de Aprendizagem Moodle no tópico material para leitura! Você verá que é de fácil aplicação e pode facilitar a sua rotina de trabalho. Nós já temos esta escala disponível no Sistema AGHUse do HCPA para as áreas que tiverem interesse em ativá-la.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, os escores da Escala CIWA-Ar:

Escores de 0 a 9 = SAA leve

Escores de 10 a 18 = SAA moderada

Escores maiores que 18 = SAA grave

Legenda

Escala Clinical Withdrawal Assessment Revised (CIWA-Ar)

ROTEIRO DO VÍDEO 14 – Caso Clínico 3

CENA 1: Caso Clínico 3 (2min 30seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Vamos ver agora outro caso clínico.

O sr. Luís tem 35 anos, é casado e tem três filhos ainda crianças. Trabalha como administrador de uma empresa de jogos eletrônicos. Um dia, durante sua jornada de trabalho, Luís sentiu forte dor abdominal, náuseas e calafrios. Ligou para sua esposa, que o levou imediatamente ao consultório do seu médico clínico. O médico lhe pediu vários exames, entre os quais uma ultrassonografia abdominal.

Foi diagnosticado que Luís estava com colecistite. Na mesma semana, Luís foi internado para submeter-se à colecistectomia na manhã seguinte. Ainda dentro das 12 horas de pós-operatório, Luís foi ficando agitado, apresentando tremores leves de membros superiores e sudorese facial. Ele foi indagado sobre seus hábitos de bebida, mas negou ter um problema com álcool. Disse aos médicos que apenas ocasionalmente bebia um copo de cerveja. Durante a noite Luís não conseguiu dormir, apresentava tremores generalizados e sudorese profusa. Além disso, a equipe de enfermagem mostrou-se preocupada, pois ele estava falando coisas sem sentido. De acordo com a sua esposa, vinha bebendo grandes quantidades de cerveja por mais de três anos. Luís vinha faltando ao trabalho. Todos os dias ele começava a beber quando chegava em casa do trabalho à noite e não parava até cair no sono. Luís não havia bebido antes da internação. Esposa negava outras complicações clínicas, fora a obesidade. Ao exame, paciente estava ansioso, desorientado em tempo e espaço (achava que estava na sua empresa), com fala incoerente, alucinações táteis (tentava tirar formigas do braço), tremores generalizados, sudorese profusa.

O paciente começou a ser avaliado segundo a Escala CIWA, e conforme resultados obtidos na Escala, sempre acima de 8 pontos, paciente passou a ser medicado com Diazepam 10mg a cada hora. Após 24h, paciente, durante a avaliação da enfermeira, teve uma parada respiratória. Paciente foi imediatamente atendido e transferido para a CTI.

Após ter realizado outros exames, foi diagnosticado com cirrose hepática e logo passou a ser medicado com lorazepam (ansiolítico benzodiazepínico), medicamento mais indicado em caso de paciente com comprometimento hepático.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, Luís, com 3 filhos e esposa. Em seguida Luís no trabalho, aparentando estar com forte dor abdominal e ligando para esposa.

Legenda

Falas do locutor.

CENA 2: Caso Clínico 3 (20seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Podemos refletir que não será em todos os casos que o manejo medicamentoso deverá ser tão rígido.

A avaliação também não é tão rígida e muitas vezes é preferível não medicar pacientes muito sedados e/ou com risco de alteração sensorial.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco: ATENÇÃO AO MANEJO MEDICAMENTOSO.

Legenda

Falas do locutor.

ROTEIRO DO VÍDEO 15 – conteúdos procedimentais (continuação)

CENA 1: Cuidados de enfermagem – prevenção da Síndrome de Abstinência Alcoólica (30seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Continuando o nosso estudo.

Alguns cuidados de enfermagem são necessários para a prevenção da Síndrome de Abstinência Alcoólica.

Entre eles estão a necessidade de verificar se houve interrupção ou redução do uso de álcool após uso repetido e prolongado; e de identificar pelo menos 3 dos seguintes sintomas apresentados.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco:

- Verificar se houve interrupção ou redução do uso de álcool após uso repetido e prolongado;

- Identificar pelo menos três dos seguintes sintomas: tremores de língua, tremores de pálpebras ou mãos quando estendidas, sudorese, náuseas, ânsia de vômito ou vômitos, taquicardia ou hipertensão, agitação psicomotora, cefaleia, insônia, mal-estar ou fraqueza, alucinações visuais, táteis ou auditivas transitórias; atentar a presença de alguns desses sintomas em pacientes em unidades clínicas e cirúrgicas, que nem sempre são identificados como pacientes relacionados ao álcool;

Legenda

Cuidados de enfermagem na prevenção da Síndrome de Abstinência Alcoólica

CENA 2: Cuidados de enfermagem – prevenção da Síndrome de Abstinência Alcoólica (45seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Outros cuidados importantes são:

- *Aplicar a escala CIWA-Ar;*

- *Estimular ingestão hídrica;*

- *Administrar medicamentos prescritos e certificar-se de que o paciente ingeriu a medicação;*

- *Monitorar resposta do paciente ao medicamento;*

- *Atentar para a administração endovenosa das vitaminas (quando prescritas), seguindo o protocolo do serviço de saúde;*

- *Manter monitoramento constante, inclusive no sistema sensorial;*

- *Lembrar que, se o paciente ainda estiver intoxicado, a abordagem psicossocial não deve ser realizada nesse momento, pois essa intervenção é contraproduziva nessa ocasião.*

Vídeo

Aparecem imagens que representem: enfermeiro avaliando o paciente com a Escala CIWA-Ar; Técnico de enfermagem oferecendo um copo de água ao paciente; Enfermeiro medicando o paciente; Técnico de enfermagem realizando a administração endovenosa das vitaminas; um quadro onde esteja escrito “Abordagem psicossocial” e logo abaixo esteja escrito AGUARDAR!

Legenda

Cuidados de enfermagem na prevenção da Síndrome de Abstinência Alcoólica

ROTEIRO DO VÍDEO 16 – Caso Clínico 4

CENA 1: Caso Clínico 4 (2min)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Bem, vamos agora para o nosso último caso clínico da série. Marcus é marceneiro, tem 45 anos, divorciado. Está sendo examinado na Emergência, devido a um braço quebrado após queda de própria altura durante o trabalho. Paciente apresenta-se trêmulo e ansioso. A irmã forneceu uma anamnese objetiva, relatando que o paciente vinha ingerindo uma grande quantidade de vinho de garrafão, diariamente, por mais de cinco anos. Ele frequentemente tem “apagamentos da memória” (blackouts) devidos à bebida, faltando ao trabalho; por causa disso foi demitido de vários empregos. Para sua sorte sempre há trabalho para marceneiros e ele sempre arrumou uns “bicos” para sustentar-se nesses últimos anos. Entretanto, há três dias, acabaram seu dinheiro e seu vinho, e ele saiu à rua a fim de pedir esmola para arrumar um pouco de comida. Marcus vinha mal nutrido, comendo talvez uma refeição por dia. Um vizinho viu que ele estava mal e ligou para a irmã de Marcus solicitando ajuda. Ao exame, o paciente alternava entre um estado de apreensão e uma superficial cordialidade. Estava bastante acelerado (excitado) e falando quase que constantemente. Refere cefaleia e tem dificuldade de manter olhos abertos (diz que as luzes o incomodam). Sinais vitais são: PA 150/95mmHg, FC 120bpm, FR 20mpm e TAX 37,8°C. O paciente afirma ser hipertenso e fazer uso de enalapril “quando se lembra de tomar”. A equipe logo inicia a avaliação conforme Escala CIWA, além de providenciar acesso venoso para iniciar infusão de SF 0,9% e vitaminas conforme prescrição, para prevenir evolução da Síndrome de Abstinência Alcoólica.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, Marcus na Emergência com o braço quebrado. Tremendo e ansioso. Depois aparece enfermeiro realizando punção venosa com cateter periférico no braço.

Legenda

Falas do locutor.

ROTEIRO DO VÍDEO 17 – conteúdos procedimentais (continuação)**CENA 1: Cuidados de enfermagem – manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica (30seg)****Áudio (música/som) – LOCUTOR**

Nos diversos serviços de saúde, a equipe de enfermagem exerce um papel assistencial importante.

Na abstinência alcoólica, suas ações são essenciais, especialmente diante de manifestações físicas ou psíquicas que requerem cuidados qualificados e intensivos.

Deve-se valorizar a utilização da comunicação terapêutica durante todo o período de internação, para se estabelecer um vínculo com o paciente, podendo assim facilitar o manejo nos momentos de crise.

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, profissionais de enfermagem conversando.

Legenda

Cuidados de enfermagem no manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica.

CENA 2: Cuidados de enfermagem – manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica (30seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Alguns cuidados de enfermagem são necessários para o manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica:

- *Aproximar-se do paciente lentamente e pela frente;*
- *Monitorar sinais vitais;*
- *Proporcionar um ambiente físico compatível e calmo, reduzindo ao máximo os estímulos audiovisuais e supervisionando o repouso absoluto do paciente;*
- *Promover o conforto e uma rotina diária, estabelecendo uma relação centrada em confiança;*
- *Aplicar Escala CIWA-Ar;*
- *Administrar medicamentos prescritos e certificar-se de que o paciente ingeriu a medicação.*

Vídeo

Aparecem imagens que representem:

Técnico de enfermagem monitorando os sinais vitais do paciente e administrando medicamentos prescritos; Ambiente físico limpo, organizado, com luz direta, com televisão desligada, e paciente no leito; Enfermeiro aplicando a Escala CIWA-Ar.

Legenda

Cuidados de enfermagem no manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica.

CENA 3: Cuidados de enfermagem – manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica (30seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Outros cuidados também são importantes:

- *Monitorar resposta do paciente ao medicamento;*
- *Atentar para a administração endovenosa das vitaminas (quando prescritas), seguindo o protocolo do serviço de saúde;*
- *Auxiliar na higiene;*
- *Auxiliar o paciente nas refeições, quando necessário;*
- *Observar risco de aspiração durante as refeições;*
- *Atentar à necessidade de monitoramento contínuo da Síndrome de Abstinência Alcoólica, bem como à segurança do paciente.*

Vídeo

Aparece uma sequência de imagens que representem: Técnico de enfermagem avaliando o paciente, monitorando a resposta ao medicamento; Técnico de enfermagem realizando a administração endovenosa das vitaminas; Técnico de enfermagem auxiliando o paciente durante higiene pessoal; Enfermeiro auxiliando o paciente nas refeições.

Legenda

Cuidados de enfermagem no manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica.

CENA 4: Cuidados de enfermagem – manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica (30seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Destacam-se também:

- *Cuidados para evitar quedas;*
- *Esclarecer o paciente e os familiares quanto à Síndrome de Abstinência Alcoólica;*
- *Ouvir as queixas do paciente sem fazer juízo de valor;*
- *Auxiliar na orientação e memória do paciente: utilizar pistas ambientais (p. ex., sinalizações de ambiente/placas, fotos, relógios, calendários e codificação de cores no ambiente);*
- *Manter por perto cuidadores que sejam familiares ao paciente,*
- *Realizar contenção mecânica somente em casos de agitação, com riscos de agressão para o próprio paciente e para terceiros, quando o manejo verbal não surtiu resultado terapêutico. Seguir as orientações do serviço quanto ao procedimento, sempre com atenção quanto ao número mínimo de profissionais para realizar o procedimento, explicar ao paciente o motivo da contenção, documentar em prontuário, não deixar o paciente sozinho e liberar o paciente da contenção assim que possível.*

Vídeo

Aparecem imagens que representem:

Enfermeiro conversando com paciente e familiares quanto à Síndrome de Abstinência Alcoólica e ouvindo as queixas do paciente sem fazer juízo de valor; Quarto do paciente com sinalizações de ambiente/placas, fotos, relógios, calendários; Imagem com número do POP de Contenção mecânica do paciente adulto e imagem com o número do POP do Risco de Medidas para Prevenção de quedas de pacientes adultos internados.

Legenda

Cuidados de enfermagem no manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica.

CENA 5: Outras informações importantes (35seg)**Áudio (música/som) – LOCUTOR**

Estamos perto do encerramento do curso.

Embora não seja objetivo do curso aprofundar sobre o tratamento medicamentoso, destacamos alguns pontos importantes para nossa conversa.

Existem orientações comumente aplicadas no manejo da Síndrome de Abstinência Alcoólica. Todas devem ser discutidas em equipe, pois sempre haverá particularidades de cada paciente.

Discussões de casos em rounds e comunicação efetiva com equipe multiprofissional são exemplos de possibilidades de discussão para a melhor tomada de decisão.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco: **ALGUNS PONTOS IMPORTANTES QUANTO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO.**

Legenda

Tratamento medicamentoso.

CENA 6: Outras informações importantes (55seg)**Áudio (música/som) – LOCUTOR**

Os medicamentos mais indicados para o tratamento da abstinência alcoólica são benzodiazepínicos. Eles acentuam os efeitos inibitórios do SNC, provocando efeito depressor; resumindo, eles têm ação semelhante à do álcool no SNC;

- O diazepam é primeira escolha por ter longa ação;
- Os benzodiazepínicos não dependentes da função hepática, como lorazepam, podem e devem ser utilizados com pacientes que já estão com a função hepática muito prejudicada;
- A administração geralmente é via oral. Quando for necessário administrar via endovenosa, deve ser com cautela e sempre com médico junto e monitor cardíaco.

Também podem ser usados medicamentos da Classe dos Anticonvulsivantes em pacientes com histórico de epilepsia e que já faziam uso antes da Síndrome de Abstinência Alcoólica.

Vídeo

Aparecem imagens de medicamentos benzodiazepínicos, destacando o Diazepam e o lorazepam.

Legenda

Tratamento medicamentoso.

CENA 7: Outras informações importantes (35seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

A aplicação da Escala CIWA ajudará na prevenção e no tratamento adequado da SAA, mas ainda que a Escala CIWA não faça parte de um protocolo de atendimento, a equipe médica poderá prescrever um esquema de tratamento medicamentoso adequado (fixo ou não), o que já auxiliará na recuperação do paciente.

Vídeo

Aparece imagem da Escala CIWA desaparecendo e logo aparece a imagem de um esquema de tratamento medicamentoso adequado.

Legenda

Tratamento medicamentoso.

CENA 8: Outras informações importantes (35seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Temos dicas importantes sobre o que **não** fazer nas situações de transtorno por uso de álcool:

- Administrar glicose, indiscriminadamente; existe o risco de precipitar a síndrome de Wernicke. A glicose só deve ser aplicada parenteralmente após a administração de tiamina;
- Aplicar diazepam via endovenosa sem recursos para reverter uma possível PCR;
- O uso rotineiro de difenil-hidantoína (fenitoína) parenteral, pois o uso desse anticonvulsivante não parece ser eficaz no controle de crises convulsivas da Síndrome de Abstinência Alcoólica;
- A administração de clorpromazina e outros neurolépticos sedativos de baixa potência para controle de agitação, uma vez que diminuem o limiar convulsivante,
- A contenção física inadequada e indiscriminada.

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta em fundo branco: ATENÇÃO!

Legenda

Tratamento medicamentoso.

ROTEIRO DO VÍDEO 18 – Desafio 3

CENA 1: Descrição do desafio 3 (55seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Chegamos agora ao nosso último desafio do curso. Escolha a alternativa correta para a descrição do caso. Um homem de 67 anos chega à Emergência referindo muita ansiedade. Ele relata uma longa história de uso diário e intenso de álcool. Afirma que há 2 dias deixou de beber. Está visivelmente trêmulo, ruborizado e disfórico (agitado e humor instável). Apresenta temperatura axilar, pressão arterial e frequência cardíaca elevadas. Os exames de sangue têm resultados compatíveis com função hepática prejudicada. Qual dos seguintes medicamentos seria mais apropriado para tratar o paciente?

Vídeo

Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco, as alternativas para resposta:

- a) Alprazolam
- b) Diazepam
- c) Lorazepam
- d) Clonazepam

É dado um tempo adicional de 15 segundos após a leitura das alternativas para o aluno fazer a escolha mentalmente.

Legenda

Título Desafio 3

CENA 2: Solução do Desafio 3 (35seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

A alternativa correta é a letra C!

Apesar de todos os medicamentos serem da Classe dos Benzodiazepínicos, sendo, portanto, os mais indicados para tratar abstinência alcoólica, dentre às opções somente o Lorazepam é metabolizado no organismo sem depender da função hepática. Assim, por possuir exames indicativos de comprometimento hepático, caso se use um medicamento que dependa muito da função hepática para degradação, o paciente fica demasiadamente sedado.

Vídeo

Segue aparecendo no vídeo as alternativas para resposta, mas a alternativa A fica em destaque.

- a) Alprazolam
- b) Diazepam
- c) Lorazepam**
- d) Clonazepam

Legenda

Título Desafio 3

ROTEIRO DO VÍDEO 19 – encerramento
CENA 1: Finalizando o curso (45seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Como profissionais de enfermagem, somos ensinados a preservar a vida, estimulando as pessoas a cuidarem de sua saúde.</i>
<i>Quando nos aproximamos dos pacientes para oferecer ajuda, carregamos conosco a expectativa de alcançar nossos objetivos, em especial, no que se refere à adesão ao tratamento e à colaboração com a equipe.</i>
<i>Por vezes, isso não ocorre de imediato, e com pacientes com Transtorno por Uso de Álcool a adesão ao tratamento pode ser difícil, podendo levar o profissional a interpretar como uma resistência.</i>
<i>Essa situação pode gerar distanciamento e até mesmo a insatisfação do profissional de enfermagem ao cuidar do paciente com Transtorno por Uso de Álcool.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, profissionais de enfermagem curiosos (mão no queixo e coçando a cabeça) e empolgados em conhecer mais sobre o assunto (DSM-5 ou CIWA-Ar sendo lida)
Legenda
Fala do locutor
CENA 2: Finalizando o curso (25seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Lançar mão de uma prática mais humana, onde exista maior sensibilidade na escuta, destituída de preconceitos, pode ser um primeiro passo para garantir uma assistência de qualidade a esses pacientes.</i>
<i>Para que isso ocorra, existem três fatores fundamentais e inter-relacionados: mudança de atitudes, busca de conhecimentos e aperfeiçoamento de habilidades.</i>
Vídeo
Mão escreve, com caneta preta e em fundo branco: MUDANÇA DE ATITUDES, CONHECIMENTOS, APERFEIÇOAMENTO DE HABILIDADES.
Legenda
Fala do locutor
CENA 3: Finalizando o curso (25seg)
Áudio (música/som) – LOCUTOR
<i>Este curso apresentou uma ideia e oportunidade de aprendizagem no caminho a trilharmos em busca da maior familiarização da enfermagem com o paciente que sofre com Transtorno por Uso de Álcool, sobretudo quando abordados em serviços não especializados na área de tratamento para o abuso de drogas.</i>
Vídeo
Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, profissionais de enfermagem felizes e satisfeitos com o cuidado prestado, com paciente e família agradecendo.
Legenda
Fala do locutor

CENA 4: Para testar conhecimentos (25seg)

Áudio (música/som) – LOCUTOR

Agora chegou o momento de acessar o questionário para verificar a aprendizagem do curso! Vamos lá?

Vídeo

Mão desenha, com caneta preta e em fundo branco, profissional de enfermagem assinalando uma alternativa da questão do locutor e preenchendo com um “X” a resposta: (X) Sim!

Legenda

Atividades para testar conhecimentos.

ATIVIDADES PARA TESTAR CONHECIMENTOS

ATENÇÃO: APÓS O ALUNO CLICAR NA ALTERNATIVA QUE ELE CONSIDERA A CORRETA, DEVE APARECER A ALTERNATIVA CORRETA CUJA RESPOSTA ESTÁ NO TEXTO EM AZUL LOGO ABAIXO DE CADA QUESTÃO.

1. **Os efeitos do álcool sobre o sistema nervoso central (SNC) são proporcionais à concentração alcoólica sanguínea. Outros fatores influenciam nesses efeitos, tais como:**
 - a) Tamanho do indivíduo.
 - b) Presença ou não de alimento no estômago.
 - c) Sexo do indivíduo.
 - d) Todas as anteriores estão corretas.

Resposta correta: d

Quanto maior for o tamanho do indivíduo, menor será a concentração de álcool no sangue. A presença de alimentos no estômago retarda a absorção do álcool pelo organismo. E a mulher tem menor quantidade de água no corpo o que determina que a concentração de álcool seja maior do que em um homem. Além disso, a mulher tem menor quantidade da enzima responsável pela primeira etapa de metabolização do álcool no organismo (álcool-desidrogenase - ADH), fazendo com que ela atinja maiores concentrações de álcool no sangue e demore mais tempo para metabolizá-lo do que o homem, bebendo quantidades equivalentes.

2. **A relação terapêutica é fundamental no processo de cuidado em saúde na relação do profissional de enfermagem com o usuário de drogas. Algumas características aumentam a possibilidade de uma relação terapêutica a ser alcançada. Faça a correspondência entre o conceito e a definição:**

1. Sintonia
2. Confiança
3. Respeito

() Não pode ser presumida, devendo ser conquistada.

() Sentimentos especiais entre duas pessoas com base na aceitação, calor humano, disposição amistosa e um interesse comum.

() Aceitação incondicional de um indivíduo como ser humano digno e singular.

Assinale a alternativa correta:

- a) 1, 2, 3
- b) 2, 1, 3
- c) 3, 2, 1
- d) 1, 3, 2

Resposta correta: b

3. Os sintomas leves/moderados da Síndrome de Abstinência Alcólica (SAA) incluem:

- a) Euforia, hiperatividade e insônia.
- b) Depressão, ideação suicida e hipersonia.
- c) Diaforese, náuseas, vômitos e tremores.
- d) Marcha pouco firme, nistagmo e desorientação profunda.

Resposta correta: c

4. O TU Álcool caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas. Entre eles estão a _____ que é a necessidade de doses cada vez maiores de álcool para que exerça o mesmo efeito; a _____, indicada por um desejo intenso de beber; e a _____ que se caracteriza por sintomas surgidos aproximadamente 4 a 12 horas após a redução do consumo que se segue a uma ingestão prolongada e excessiva de álcool.

Qual seria a ordem correta dos termos que completam a frase acima?

- a) Fissura, tolerância, abstinência.
- b) Tolerância, fissura, abstinência.
- c) Fissura, abstinência, tolerância.
- d) Nenhuma das sequências está correta.

Resposta correta: b

5. Quais dentre os seguintes sinais o profissional de enfermagem identifica como sinais de abstinência de álcool grave? (múltiplas respostas)

- a) Sudorese profusa.
- b) Tremores finos e de extremidades.
- c) Ansiedade leve.
- d) Desorientação no tempo e no espaço.
- e) Náuseas.
- f) Convulsões.

Resposta correta: a, d, f

Os demais sintomas, **tremores finos de extremidades, ansiedade leve, e náuseas**, são sinais de abstinência de álcool leve/moderado.

6. Os cuidados de enfermagem no manejo da SAA são de extrema importância para a recuperação do paciente e prevenção de complicações da SAA. Considerando os cuidados listados abaixo, quais são os indicados em casos de SAA:

- I. Aplicar Escala CIWA-Ar;
- II. Auxiliar o paciente nas refeições quando necessário;
- III. Aproximar-se do paciente rapidamente e por trás, pois ele pode se assustar;
- IV. Proporcionar um ambiente físico compatível e calmo, deixando uma televisão ou rádio ligado para o paciente se sentir acompanhado;
- V. Administrar medicamentos prescritos e certificar-se de que o paciente ingeriu a medicação.

Assinale a afirmativa CORRETA:

- a) As afirmações I, II e III estão corretas.
- b) As afirmações II, IV e V estão corretas.
- c) As afirmações I, II e V estão corretas.
- d) As afirmações II e IV estão corretas.

Resposta correta: c

A afirmação III não está correta, pois sempre **devemos nos aproximar do paciente lentamente e pela frente** evitando que o paciente se assuste. E a afirmação IV não está correta, pois **proporcionar um ambiente calmo inclui redução de estímulos de sons e luzes e, portanto, a televisão deve ser mantida desligada.**

7. Um homem de 47 anos é internado em uma unidade psiquiátrica para depressão com ideação suicida e desintoxicação. Ele possui longa história de dependência de álcool. Qual dos seguintes sinais é mais característico da abstinência de álcool?

- a) Tremores
- b) Hipersonia
- c) Alucinações persistentes
- d) Pressão arterial diminuída

Resposta correta: a

8. Um homem de 54 anos é internado num hospital geral para cirurgia eletiva. No passado ele já internou para tratar o TU Álcool, mas alerta a equipe de enfermagem que seguiu bebendo até o momento da internação. Quanto tempo após a interrupção do consumo de álcool pode ocorrer maior risco de *Delirium tremens (DT)*?

- a) 6 a 8 horas
- b) 8 a 12 horas
- c) 12 a 24 horas
- d) 24 a 72 horas

Resposta correta: d

9. O *Delirium tremens (DT)* é a complicação mais grave da SAA, aumentando significativamente a morbimortalidade dos pacientes. Considerando o quadro clínico do *DT* podemos considerar que:

- I. O paciente em *DT* apresenta rebaixamento do nível de consciência, desorientação temporal e espacial, estreitamento do campo vivencial e desatenção.
- II. Trata-se de uma psicose orgânica que se caracteriza por um quadro confusional crônico, estável e autolimitado.
- III. Esse quadro confusional tende a ser pior pela manhã, melhorando no final do dia e início da noite.
- IV. A aplicação da Escala CIWA-Ar pode auxiliar na prevenção desta complicação da SAA.
- V. Os sintomas prodrômicos tipicamente incluem: insônia, tremores e medo.

Assinale a afirmativa CORRETA:

- a) As afirmações I, II e III estão corretas.
- b) As afirmações II, IV e V estão corretas.
- c) As afirmações I, IV e V estão corretas.
- d) As afirmações II e IV estão corretas.

Resposta correta: c

A afirmação II não está correta, pois o *DT* trata-se de uma **psicose orgânica que se caracteriza por um quadro confusional agudo, flutuante e autolimitado**. E a afirmação III não está correta, pois **este quadro confusional tende a ser menor pela manhã, piorando no final do dia e início da noite**.

10. Relacione as principais características clínicas com as alterações relacionadas à SAA:

1. *Delirium tremens* (DT).
2. Alucinação alcóolica.
3. Convulsão relacionada à abstinência alcóolica.
4. Encefalopatia de Wernicke.
5. Síndrome de Korsakoff.

- () Quadro caracterizado pela presença de alucinações visuais ou auditivas vívidas e de início agudo (exemplo : cliques, rugidos, trechos de músicas e vozes) sem o rebaixamento do nível de consciência (as alucinações ocorrem em um cenário de clara consciência).
- () Quadro de crises do tipo “grande mal” que ocorre principalmente nas primeiras 48 horas após abstinência alcóolica, sendo que cerca de 10 a 15% dos usuários de álcool apresentam este tipo de crise e 1/3 dos pacientes evoluem para *DT* se não tratados.
- () Quadro confusional agudo, flutuante e autolimitado inicia 72 h após ingestão de álcool e dura de 2 a 6 dias). Poucos pacientes evoluem para esta condição e trata-se de uma emergência médica.
- () Quadro caracterizado por comprometimento de memória (recente e remota) devido ao uso crônico de álcool e carência nutricional, com nítida dificuldade de aprendizagem e funções executoras, com ou sem confabulações presentes, semelhante a um quadro demencial.
- () Quadro caracterizado por confusão mental, alterações de oculomotoras (nistagmo e paralisia do olhar conjugado) e ataxia cerebelar (alargamento da base de sustentação e apoio para deambular) – conhecido como tríade clássica desta condição.

Assinale a alternativa correta:

- a) 1, 3, 4, 2, 5
- b) 1, 2, 3, 5, 4
- c) 2, 3, 1, 5, 4
- d) 3, 1, 2, 4, 5

Resposta correta: c

11.O profissional de enfermagem, ao atender um paciente com TU Álcool, deve:

- I) Separar o paciente do seu comportamento e aceitar o indivíduo com consideração positiva incondicional.
- II) Considerar, sempre que possível, as ideias, preferências, solicitações e opiniões do paciente em decisões que dizem respeito ao seu plano de cuidados.
- III) Ao se aproximar do paciente usar rótulos ou jargões como, por exemplo, alcoólatra, drogado, pois ajudam o paciente a reconhecer sua doença, motivando-o para o tratamento.

As afirmativas corretas são:

- a) I, II.
- b) I, III.
- c) II, III.
- d) I, II, III.
- e) Nenhuma das afirmativas.

Resposta correta: a

12.Enumere as colunas conforme as atitudes que o profissional tem durante o atendimento ao paciente com TU Álcool:

- 1 Vínculo
- 2 Respeito
- 3 Confiança
- 4 Sintonia

- () Ser honesto (p. ex., dizer “Não sei a resposta à sua pergunta, mas vou tentar descobrir”, e então fazer isso).
- () Encorajar o paciente, reforçando sua autoeficácia referente aos comportamentos que ele gostaria de mudar.
- () Tentar compreender a motivação subjacente ao comportamento do paciente, independentemente de quão inaceitável ele possa parecer.
- () Criar um sentimento de harmonia com base no conhecimento e apreciação da unidade de cada indivíduo.

Assinale a alternativa correta:

- a) 3, 1, 2, 4
- b) 3, 2, 1, 4
- c) 2, 3, 4, 1
- d) 4, 2, 1, 3

Resposta correta: a

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Roteiro de curso EaD em avaliação e manejo da abstinência alcoólica para equipe de enfermagem: uma revisão narrativa validada por especialistas

Pesquisador: MARCIO WAGNER CAMATTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19999719.4.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.657.873

Apresentação do Projeto:

O Transtorno por Uso de Substância por Álcool é um grave problema de saúde pública e sua prevalência é bastante alta em hospital geral, que muitas vezes pode constituir-se como porta de entrada para o tratamento. A Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA) caracteriza-se por um conjunto de sinais e sintomas que surgem já nas primeiras horas após a diminuição ou a interrupção do uso de álcool, e quando não manejada corretamente pode ter consequências graves à saúde, colocando até mesmo a vida do paciente em risco. Por saber-se que durante a internação hospitalar a equipe de enfermagem é a que tem o maior contato com o paciente, este estudo tem como objetivo elaborar um roteiro para curso EaD de capacitação para a equipe de enfermagem em avaliação e manejo dos sintomas de abstinência alcoólica. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo narrativa. Ao se tornar acessível aos norteadores dos cuidados e conhecimento científico referente à identificação dos sinais e sintomas da SAA e aos instrumentos facilitadores dessa avaliação, um dos resultados esperados é que o roteiro de EaD auxilie na prevenção de complicações mais graves decorrentes da SAA, de uma forma homogênea, abrangente e simples.

Objetivo da Pesquisa:

Geral:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229

Bairro: Santa Cecília

CEP: 90.035-903

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3359-7640

Fax: (51)3359-7640

E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 3.657.873

Elaborar um roteiro de curso para capacitação em avaliação e manejo dos sintomas de abstinência alcoólica na modalidade EaD para a equipe de enfermagem de hospital geral.

Específicos:

- Realizar levantamento bibliográfico (revisão narrativa);
- Organizar o conteúdo do curso;
- Realizar a validação do conteúdo do curso com especialistas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores:

Riscos mínimos devido ao acesso a informações divulgadas no meio científico mediante produção autoral de pesquisadores sobre o tema. Nesta revisão narrativa serão assegurados os aspectos éticos, respeitando a autenticidade das ideias, conceitos e definições dos autores pesquisados fazendo as devidas citações e referências conforme as orientações da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Além disso, pode causar desconforto ao participante pelo tempo de resposta do roteiro de avaliação do curso.

Benefícios: Autores referem que os resultados deste estudo irão qualificar a assistência de enfermagem destinada aos pacientes com problemas relacionados à Síndrome de Abstinência Alcoólica, prevenindo complicações de maior ou menor gravidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de aluna do Mestrado profissional em álcool e drogas do HCPA que propõe uma revisão narrativa sobre avaliação e manejo da abstinência alcoólica na modalidade EaD para a equipe de enfermagem. O objetivo é elaborar um roteiro para o curso mas ao longo do projeto vão sendo relacionadas outras possibilidades do estudo, especialmente uma avaliação por pares do conteúdo e avaliação do curso. A metodologia do projeto envolve uma revisão narrativa sobre o tema (levantamento bibliográfico), organização do conteúdo do curso (roteiro com o conteúdo do curso) e validação do conteúdo do curso por cinco profissionais de enfermagem.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 3.657.873

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer 3.594.962 foram respondidas pelos pesquisadores, conforme carta de respostas adicionada em 13/10/2019. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 04/10/2019 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 05 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- e) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL
HCPA



Continuação do Parecer: 3.657.873

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1383878.pdf	13/10/2019 19:42:01		Aceito
Outros	cartarespostaaocceprojetomariliamestra do.docx	13/10/2019 19:41:32	Marília Borges Osório	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomariliasetembro2019.docx	04/10/2019 22:16:13	Marília Borges Osório	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcleprojetomarilia.doc	04/10/2019 22:15:50	Marília Borges Osório	Aceito
Declaração de Pesquisadores	delegacaodefunesprojetomarilia.pdf	30/08/2019 09:23:22	Marília Borges Osório	Aceito
Cronograma	cronogramaprojetomarilia.docx	15/07/2019 17:10:42	Marília Borges Osório	Aceito
Orçamento	orcamentoprojetomarilia.docx	15/07/2019 17:09:13	Marília Borges Osório	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto_Marilia.pdf	09/07/2019 16:43:23	MARCIO WAGNER CAMATTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 23 de Outubro de 2019

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br