



Cogitare Enfermagem

ISSN: 1414-8536

cogitare@ufpr.br

Universidade Federal do Paraná
Brasil

Pereira dos Santos, José Raimundo; Marques, Isaac R.
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM
SÍNDROME DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA NO PRONTO SOCORRO
Cogitare Enfermagem, vol. 10, núm. 3, septiembre-diciembre, 2005, pp. 76-83
Universidade Federal do Paraná
Curitiba - Paraná, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483649232012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM SÍNDROME DA ABSTINÊNCIA ALCOÓLICA NO PRONTO SOCORRO

[Systematization of nursing care to patients with alcoholic withdrawal syndrome in emergency units]

[Sitematización de la asistencia de enfermería al paciente con síndrome de la abstinencia alcohólica en la unidad de emergencia]

José Raimundo Pereira dos Santos*

Isaac R. Marques**

RESUMO: Este trabalho trata de uma pesquisa bibliográfica cujo objetivo foi identificar o corpo de conhecimentos essenciais para prestar assistência de enfermagem a pacientes portadores da Síndrome da Abstinência Alcoólica na unidade de Pronto Socorro. A fonte principal de dados foi a Base de Dados LILACS, usando-se expressões de pesquisa pertinentes ao tema. Para compor um corpo de conhecimentos essenciais na assistência, os resultados identificaram a necessidade de usar escalas de avaliação da síndrome, ter conhecimentos sobre as manifestações clínicas, saber as terapêuticas existentes e as respectivas intervenções. Concluiu-se que a identificação deste corpo de conhecimentos pode contribuir para dispensar-se uma assistência de enfermagem efetiva a pacientes portadores desta síndrome.

PALAVRAS-CHAVE: Alcoolismo; Ataques por abstinência de álcool; Psiquiatria; Processos de enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que têm seu consumo admitido pela sociedade, esse é um dos motivos pelo qual é encarado de forma diferenciada quando comparado com as demais drogas. Apesar de sua ampla aceitação social, o consumo de bebida alcoólica, quando excessivo, passa a ser um problema, pois além dos inúmeros acidentes de trânsito e da violência, pode, a longo prazo, provocar quadro de dependência conhecido como alcoolismo. Desta forma, o consumo inadequado do álcool se constitui em um importante problema de saúde pública, que acarreta altos custos para sociedade, envolvendo questões clínicas, psicológicas, profissionais e familiares ⁽¹⁾.

A demanda dos serviços de Pronto Socorro por par-

te dos pacientes alcoólatras corresponde de 12,5 a 36,7 % das admissões ⁽²⁾ e apesar da alta prevalência, o alcoolismo não é diagnosticado nas consultas e internações ⁽³⁾. Geralmente, estes pacientes são atendidos por suas queixas físicas agudas. Esta demanda é ainda maior quando associada às admissões nos serviços de emergência por outras patologias e, caracteriza-se, no geral, por revelar pacientes com faixa etária de 43 anos ⁽⁴⁾. Desta forma, há uma grande probabilidade desse tipo de paciente evoluir para Síndrome da Abstinência Alcoólica (SAA) dentro do próprio hospital, estando, assim, suscetível a uma série de riscos e complicações.

Os profissionais de enfermagem, quando se trata do paciente em SAA, não têm o devido preparo para prestar assistência adequada ou eficiente; têm dificuldades para exercer sua função e realizar os cuidados necessários. Isso pode dever-se à sua formação ou denotar comodismo diante do problema ⁽⁵⁾.

Diante de tal contexto, este trabalho tem por objetivo agregar um corpo de conhecimentos essenciais, construídos a partir de revisão bibliográfica, cuja finalidade é revelar as proposições teóricas sobre o tema proposto, de modo a permitir ao profissional enfermeiro propiciar uma melhor assistência ao paciente em SAA.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica baseada em consulta sistemática a bases de dados (bibliográficos) e no acesso não-sistemático a materiais em bibliotecas locais e outros disponíveis na web, localizados por meio de ferramentas de busca. Para a consulta sistemática, foi utilizada a Base de Dados Bibliográficos da LILACS com uso da expressão de pesquisa abstinência alcoólica, assistência de enfermagem, enfermagem psiquiátrica e alcoolismo, sem o estabelecimento de limites de tipo de publicação, data da publicação ou idioma, o que se justifica por ser a problemática do alcoolismo antiga na sociedade. Na busca não-

*Aluno do 4º, ano da Faculdade de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro.

**Professor Adjunto da FACEF-UNISA. Orientador do trabalho

sistemática foram consultados aleatoriamente materiais de obras referenciais como livros-texto na área de Psiquiatria. Outros materiais foram acessados a partir de sua citação por autores dos trabalhos encontrados na pesquisa bibliográfica sistemática.

Os materiais recuperados foram classificados de acordo com o título e incluídos em subgrupos para compor o desenvolvimento do tema proposto. Para constituir o corpo de conhecimentos necessários para a assistência de enfermagem, considerando-se a necessidade de uniformização ou padronização de linguagem, foram utilizadas as classificações NANDA ⁽⁶⁾ (North-American Nursing Diagnoses Association – Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem) para diagnósticos de enfermagem e NIC ⁽⁷⁾ (Nursing Interventions Classification – Classificação de Intervenções de Enfermagem) para as intervenções de enfermagem.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A pesquisa bibliográfica junto à Base de Dados da LILACS resultou em 67 trabalhos, dos quais 16 foram selecionados por atenderem aos critérios de inclusão do estudo. A discriminação do quantitativo apresenta-se na Tabela 1.

3.2 GENERALIDADES SOBRE ALCOOLISMO

O abuso e dependência de álcool são chamados, ha-

bitualmente, de alcoolismo ⁽⁸⁾. Constitui um grave problema de saúde pública mundial, que acarreta sérios problemas físicos, mentais, sociais ⁽⁹⁾. O álcool é a substância psicoativa mais utilizada em todo mundo, sendo o principal problema de saúde mental principalmente entre homens, com prevalência em torno de 15%. Estima-se que no Brasil existam atualmente cerca de 18 milhões de alcoolistas ⁽¹⁰⁾, desta forma o uso de álcool deve ser investigado junto a todos os pacientes que procuram atendimento de saúde ⁽³⁾.

3.3 FISIOPATOLOGIA DA SAA

A SAA resulta de um processo neuroadaptativo do sistema nervoso central, demonstrada por meio da hiperatividade noradrenérgica e glutamatérgica, da hipoatividade dopaminérgica e GABAérgica e do aumento da densidade de canais de cálcio tipo L, responsáveis todos pela sintomatologia ⁽¹¹⁾.

3.4 MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DA SAA

A SAA é uma condição patológica caracterizada pela interrupção ou diminuição voluntária ou involuntária na ingestão habitual do álcool, revelada por um conjunto de sinais e sintomas como: tremores, ansiedade, irritabilidade, sudorese, aumento de pressão arterial, taquicardia, cefaléia, náuseas, vômitos; podendo ser precipitada por infecções, mal estado nutricional, desidratação, depressão, vulnerabilidade genética, padrão e tempo de consumo. Desenvolve-se de 7 a 8 horas após a interrupção ou dimi-

Tabela 1 - Caracterização e classificação dos materiais acessados, Santo Amaro.

Classificação	Tipo de Publicação				Total
	Artigo	Tese	Livro	Outros*	
Generalidades sobre alcoolismo	1		2	1	4
Fisiopatologia da SAA			1		1
Manifestações clínicas da SAA	1		1		2
Diagnóstico do alcoolismo	2			1	3
Classificação da SAA			1		1
Complicações da SAA	1		2		3
Possíveis problemas clínicos decorrentes do alcoolismo			2	1	3
Tratamento	2			1	3
Assistência de enfermagem	7	2	1		10
Totais	14	2	10	4	30

*Outros: Livretos, Manuais e web sites.

nuição da ingesta do álcool ^(8,12). Quando se trata do tempo de duração da SAA há controvérsias entre as literaturas (2 a 7 dias ou 2 semanas), porém, o que se observou com o estudo é que os fatores (precipitadores da SAA) acima relacionados têm uma nítida relação com o início do quadro, tempo de duração, término, gravidade e possíveis complicações.

3.5 DIAGNÓSTICO DO ALCOOLISMO

Segundo o Manual do Alcoolista do Ministério da Saúde ⁽³⁾, os profissionais de saúde devem estar atentos para a possibilidade de um caso de alcoolismo sempre que o paciente apresentar: hálito etílico, olhos e face avermelhados, emagrecimento e inapetência, náuseas e vômitos, nervosismo, insônia, mialgia ou miastenia, convulsões, escoriações e fraturas repetidas, histórico de acidente de trânsito e trabalho, desemprego prolongado, má adaptação familiar/social e histórico de espancamento.

Para diagnóstico do alcoolismo e monitorização da abstinência há também diferentes exames laboratoriais como: Gama-glutami-transpeptidase (GGT) eleva-se na ingestão de álcool e no etilismo crônico, na abstinência acompanha-se de redução (normal em homens 9-50 unidade/litro); Volume Corpuscular Médio Eritrocitário (VCM) encontra-se elevado no alcoólatra e se normaliza após 3 a 4 meses de abstinência (normal em homens 80-100 fento/litro); Aspartato Aminotransferase (AST) está aumentada em indivíduos alcoolistas e reduz-se à metade após 7 dias de abstinência (normal em homens 10-30 unidade/litro) ^(3,13).

Uma outra forma utilizada para a detecção do alcoolismo e, conseqüentemente, para identificação de um possível risco do desenvolvimento da SAA é o questionário CAGE (Cut-down Annoyed Gulty Eye-opener) ^(3,14). Respostas afirmativas a pelo menos duas das quatro questões do questionário reforçam a hipótese de alcoolismo no paciente.

Quadro 1 - Conteúdo do questionário CAGE

1. Alguma vez o(a) Sr.(a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou mesmo parar de beber?
2. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?
3. O(a) Sr.(a) sente-se culpado(a) pela maneira como costuma beber?
4. O(a) Sr.(a) costuma beber pela manhã, para diminuir o "nervosismo" e/ou a ressaca?

3.6 CLASSIFICAÇÃO DA SAA

A escala recomendada para avaliar o nível de SAA

é a Clinical Withdrawal Assessment Revised -CIWA-Ar-Avaliação Clínica Revisada da Abstinência (anexo 1). Trata-se de uma escala que contém 10 itens, cujo escore final classifica a gravidade da SAA e fornece subsídios para o planejamento das intervenções imediatas ⁽¹¹⁾.

3.7 COMPLICAÇÕES DA SAA

O Delírio Tremens (DT) caracteriza-se como complicação por indivíduos em SAA que apresentam: confusão mental, desorientação tempo/espaço, flutuação do nível de consciência, distúrbios senso-percepção, delírios ou alucinações vividas; pode instalar-se de forma abrupta ou geralmente no decorrer de dois ou três dias após ter ocorrido a diminuição ou interrupção da ingesta da droga. Há também quadros de SAA que evoluem para Alucinose Alcoólica, caracterizada por indivíduos que apresentam alucinações auditivas vividas (vozes, sinos, rugidos e cânticos), contudo, diferencia-se do DT pela clareza do nível de consciência e o fato de que ocorre logo após a queda do nível sérico de álcool. Alguns pacientes em SAA, em geral usuários crônicos, podem apresentar convulsões entre 6 e 36 horas. A presença dessa complicação deve alertar o profissional para uma possível ocorrência de severas manifestações clínicas ⁽¹⁵⁾. Porém, há literaturas que associam as convulsões a episódios que precedem o DT, as mesmas literaturas, no entanto, relatam alguns pontos divergentes em relação ao assunto ^(16,8).

3.8 POSSÍVEIS PROBLEMAS CLÍNICOS DECORRENTES DO ALCOOLISMO

Os profissionais de saúde muito frequentemente não reconhecem a associação entre problemas clínicos comuns e o uso excessivo de bebida alcoólica. É importante que eles reconheçam problemas como: hepatopatias, depressão, neuropatias, pancreatite, úlceras, gastrite, hemorragia digestiva, diarreia, desnutrição, desidratação, anemia, hipoglicemia, imunodepressão, distúrbios de coagulação, hipertensão, pneumonia aspirativa e tuberculose ⁽¹⁷⁾, possibilitando desta forma, um tratamento integral e o melhor prognóstico possível.

A Síndrome de Wernicke é um processo agudo decorrente da falta de tiamina (vitamina B1) no indivíduo alcoólatra e geralmente desnutrido; o paciente caracteriza-se por apresentar ataxia (alterações motoras), confusão mental, distúrbios oculares (nistatismo horizontal, paralisia ocular, reação mais lenta à luz e anisocoria). Quando não tratado rapidamente com tiamina, o paciente pode evoluir para quadro crônico denominado de Síndrome de Korsakoff, caracterizada pela incapacidade de reter informações, déficit de memória e aprendizado. A administração de glicose antes da tiamina pode precipitar ou piorar a Síndrome de Wernicke ^(2,3).

3.9 TRATAMENTO

Em relação à terapia farmacológica, os benzodiazepínicos têm sido a droga de primeira escolha^(18,19), pois apresentam grande faixa de segurança, podendo ser usados na forma oral ou parenteral. Além disso, têm ação anticonvulsivante, promovem profilaxia eficaz do DT e apresentam meia-vida longa (24 a 36 h.). No caso de alterações significativas da função hepática, podem ser utilizados Lorazepam ou Oxazepam, por apresentarem metabolismo oxidativo reduzido⁽²⁰⁾.

As perdas hídricas no paciente com DT podem ser da ordem de 5000 a 6000 ml por dia⁽²¹⁾; desse modo a reposição hidroeletrólítica se faz necessária no paciente em SAA, acompanhada de monitoramento dos níveis de sódio, potássio e magnésio, assim como do tratamento vitamínico com tiamina, complexo B e ácido fólico. O tratamento deve ser complementado, também, nas possibilidades do paciente, por uma dieta hipercalórica e, se necessário, pela reposição de glicose⁽²⁾.

O paciente em SAA deve ser colocado em ambiente individual, calmo, sem ruídos ou luzes excessivas e deve-se manter com ele conversação, para que conserve juízo da realidade^(2,19). O repouso no leito é indispensável e, se necessário acompanhado de contenções mecânicas⁽¹⁰⁾.

3.10 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Na enfermagem, quando se trata do paciente alcoólatra, há muitos preconceitos morais e recriminações. Esse paciente não é da preferência assistencial dos enfermeiros e suas atitudes enquanto líderes servem de base para toda equipe⁽²²⁾. A sociedade não suporta os indivíduos que se vitimam por vontade própria; sendo assim, é difícil para o enfermeiro, dissociar-se do estigma social que caracteriza o alcoolismo, o que constitui, também, um obstáculo a falta de comunicação entre esses profissionais e alcoólatras⁽²³⁾.

Um outro estudo⁽²⁴⁾ que reforça a idéia dos alcoólatras como pacientes não-preferenciais dos profissionais de enfermagem aponta o fato destes considerarem aqueles irrecuperáveis. Porém, tais informações mostram que atitudes de enfermeiros refletem as influências de seu meio pessoal, profissional e, provavelmente, de sua formação acadêmica sobre o tema.

Para Rosa⁽²⁵⁾, a qualidade da assistência de enfermagem ao paciente alcoólatra é insatisfatória; são necessários conhecimentos sobre o assunto. Para isso é importante a formação de grupo de estudos, a supervisão do estado emocional e das atitudes dos profissionais, cursos de atualização e pesquisas. Há estudos^(26,27) que reforçam ainda o despreparo destes profissionais, cujo argumento é o fato de não haver uma formação acadêmica ideal para sua prática.

O Enfermeiro é o profissional mais próximo do paciente alcoólatra, presente em todos os momentos desde sua chegada até sua saída do hospital⁽²⁸⁾. Isso lhe permite

caracterizar estes pacientes, analisar suas alterações e evolução, sejam elas físicas ou mentais⁽²⁹⁾. Por isso, o processo de Enfermagem é um instrumento facilitador da assistência, entretanto, necessita ser usado e avaliado com base nas teorias de Enfermagem, para que resulte em uma melhor assistência⁽³⁰⁾.

Algumas medidas gerais podem melhorar a assistência de enfermagem ao paciente em SAA, como: observá-lo continuamente e examiná-lo repetidas vezes, tomar precauções para que ele não se fira, promover um ambiente calmo e seguro, chamá-lo pelo nome, explicar os procedimentos terapêuticos, fornecer dados da realidade, procurar tranquilizá-lo verbalmente, evitar movimentações desnecessárias e, se possível, favorecer a presença de um membro da família para que ele mantenha contato com realidade⁽¹⁶⁾.

Buscando a padronização quanto à assistência de enfermagem, no anexo 2 está apresentado o quadro com os diagnósticos segundo a NANDA⁽⁶⁾ e intervenções de enfermagem sugeridas pela NIC⁽⁷⁾.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos aspectos abordados neste estudo, conclui-se que é importante para o enfermeiro conhecer a dimensão dos problemas relacionados ao alcoolismo, entretanto, é necessário entender e identificar a SAA, conhecer os instrumentos utilizados para sua avaliação, as possíveis complicações, as terapias existentes e, principalmente, buscando obter padronização da assistência de enfermagem bem como do plano de cuidados, que se conheçam os diagnósticos de enfermagem e suas devidas intervenções.

É preciso, no entanto, que o enfermeiro se dissocie do estigma de preconceitos e recriminações que o acompanham e passe a adquirir e valorizar seus conhecimentos, colocando-os em prática e disseminando-os para os demais membros da equipe.

Vale ressaltar que a formação deste corpo de conhecimentos possibilita ao enfermeiro atender ao paciente em SAA, para que ele receba tratamento integral, favorecendo assim, um melhor prognóstico. O desmame do álcool é o objetivo terapêutico no tratamento da SAA, porém envolve riscos e complicações que necessitam de intervenções, monitoramento e constantes avaliações. A importância de conhecer sobre esta situação clínica faz-se necessária para os enfermeiros, uma vez que certamente irão se deparar com indivíduos que procuram o pronto socorro por outro motivo e acabam desenvolvendo SAA durante período de internação ou até mesmo durante período de curta observação. Além de tudo, é crescente a demanda de pacientes alcoólatras, principalmente nesta unidade.

ABSTRACT: This paper is a literature review that aimed to identify a body of essential nursing knowledge to assess patients with Alcoholic Withdrawal Syndrome in Emergency Units. Primary data source was LILACS database using

pertinent descriptors. To compose the body of essential knowledge for nursing care, results identified a need to use assessment scales, to have knowledge about clinical manifestations, to know existing therapeutics, and its related interventions. It was concluded that the identification of this body of knowledge can contribute for an effective nursing care to patients with that syndrome.

KEY WORDS: Alcoholism; Alcohol withdrawal seizures; Psychiatry; Nursing process.

RESUMEN: Este artículo es una investigación bibliográfica que tuvo como objetivo identificar un cuerpo esencial de conocimientos de enfermería para el cuidado de pacientes con la Síndrome de la Abstinencia Alcohólica en una unidad de emergencia. Los datos primarios fueron encontrados en la Base de Datos LILACS con el uso de descriptores pertinentes. Para la composición del cuerpo de conocimientos para la asistencia de enfermería, los resultados identificaron la necesidad del uso de escalas de evaluación, tener conocimiento acerca de las manifestaciones clínicas, conocer las terapéuticas existentes y sus respectivas intervenciones. Se concluyó que la identificación de ese cuerpo de conocimientos puede contribuir para una asistencia de enfermería efectiva a pacientes con ese síndrome.

PALABRAS CLAVE: Alcoolismo; Crise por abstinência de álcool; Psiquiatria; Processos de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas. São Paulo: OBID; s/d.
2. Bernik MA. Urgências relacionadas ao abuso de álcool. In: Fortes JRA, Cardo WN. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Savier; 1991. p. 179-188.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Nacional de Programa Especiais de Saúde. Divisão Nacional da Saúde Mental. Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
4. Fráguas Junior R, Miguel Filho EC. Alcoolismo no hospital geral. In: Fortes JRA, Cardo WN. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier; 1991. p. 272-80.
5. Castledine G. Nurses should know how to tackle alcohol withdrawal. *Br J Nurs* 2003;12(11):644.
6. NANDA – North-American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA – Definições e classificação 1999-2000. Porto Alegre: Artmed; 1999.
7. McCloskey JC, Bulechek GM. Nursing interventions classification (NIC). 3. ed. Saint Louis: Mosby; 2000.
8. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Transtornos relacionados a substâncias. In: Kaplan HI, Sadock BS, Grebb JA. *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 369-95.
9. Caldas NM, Sadigursky D. Alcoolismo: Uma doença com implicações sociais. *Rev Baiana Enferm* 2002; 15(1/2): 49-54.
10. Fontana AM. Transtornos mentais e de comportamentos associados ao uso de substâncias psicoativas. In: Fontana AM. *Manual de clínica em psiquiatria*. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 255-66.
11. Marques AC, Ribeiro M. Álcool: abuso e dependência. In: Laranjeira R, Oliveira RA, Nobre MR, Bernardo WM, Castro LAGP, Korniol IG, et al. *Usuários de substância psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo; 2003. p. 29-48.
12. Llorens M. Síndrome de abstinência alcohólica. *Arch Med Int* 1999; 21(1):17-22.
13. Deguti MM, Gonçalves LL. Marcadores biológicos do alcoolismo. *Rev Psiquiatr Clín* 2000; 27 (1): 5-9.
14. Zuairi AW, Corrêa AJ, Cáceres Vera PEF, Lama J, Ferraz CA. Valor do questionário CAGE na detecção precoce dos pacientes com risco para o desenvolvimento de síndrome de abstinência alcoólica, num hospital geral. *Rev ABP-APAL* 1987; 9 (4): 157-60.
15. Laranjeiras R. Abuso e dependência do álcool. *Diagn Tratamento* 1997; 2 (3): 43-50.
16. Castillo JCR, Miguel Filho EC. Delirium-tremens. In: Fortes JRA, Cardo WN. Alcoolismo: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier; 1991. p. 189-98.
17. Barros SGS, Galperem B. Problemas clínicos comuns do alcoolista. In: Ramos SP et al. *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Medicas; 1987.
18. Ribeiro MS, Texeira YB. O tratamento farmacológico do alcoolismo. *J Bras Psiquiatr* 1999; 48(8): 345-53.
19. Varela M, Tapia L, La Roche P. Tratamiento del síndrome de privación alcohólica. *Bol Hosp San Juan de Dios* 1985; 32 (1): 47-52.
20. Laranjeiras R. Avaliar e tratar a abstinência do álcool. Disponível em URL: <http://www.abead.com.br>. (20 fev. 2005).
21. Moreira Filho PF, Carvalho ML. Tratamento do delirium tremens nos serviços de emergência. *Arq Bras Med* 1986; 60 (1): 57-8.
22. Vargas D. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao paciente alcoolista. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
23. Diniz AS, Ruffino MC. Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com alcoolista. *Rev Latino-am Enferm* 1996; 4 (n. especial): 17-23.
24. Navarrete PR, Luis MAV. Actitud de la enfermera de um complejo hospitalario em relación al paciente alcohólico. *Rev Latino-am Enferm* 2004; 12(n. especial): 420-6.
25. Rosa AJ. Assistência de enfermagem à alcoolistas: opinião de 21 enfermeiros [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1991.
26. Canzian KCS, Castro RCB. Registros bibliográficos sobre a importância do papel da Enfermeira em assistência aos portadores de transtornos mentais em pronto-socorro geral. Base On-line dos trabalhos

de conclusão de curso – Enfermagem – UNISA 2003; 4: 33-40.

27. Souza AS, Marcolan JF. Atuação da equipe de enfermagem na assistência a pacientes com transtornos psiquiátricos em pronto socorro geral. Base On-line dos Trabalhos de Conclusão de Curso – Enfermagem – UNISA 2001; 2: 6-13.

28. Assunção AN. Alcoolismo e Saúde Mental: uma reflexão de enfermagem. Cogitare Enferm 1996; 1 (1): 24-7.

29. Leopardi MT, Assunção NA. Representações sociais de enfermeiros de emergência sobre o alcoolista. Cogitare Enferm 1996; 1(1): 15-23.

30. Barros JFV, Camata MW, Santos EC, Macieira MS. Metodologia da assistência de enfermagem desenvolvida com pacientes do programa de atendimento ao alcoolista. J. Bras Psiquiatr 2000 jul; 49 (7): 247-54.

ANEXO I

AVALIAÇÃO CLÍNICA DE RETIRADA REVISADA (CIWA-AR) ⁽¹¹⁾

1. Você sente um mal estar no estômago (enjôo), você tem vomitado?	2
0	Leve.
Não.	3
1	Moderado.
Náusea leve e sem vômito.	4
4	Alucinações moderadas.
Náusea recorrente com ânsia de vômito.	5
7	Alucinações graves.
Náusea constante, ânsia de vômito e vômito.	6
	Extremamente graves.
2. Tremor com os braços estendidos e os dedos separados:	7
0	Contínua.
Não.	
1	7. Você se sente nervoso?
Não visível, mas sente.	0
4	Não.
Moderado, com os braços estendidos.	1
7	Muito leve.
Severo, mesmo com os braços estendidos.	4
	Leve.
3. Sudorese:	7
0	Ansiedade grave, um estado de pânico semelhante a um episódio psicótico agudo.
Não.	
4	
Facial.	8. Você sente algo na cabeça? Tontura, dor, apagamento?
7	0
Profusa.	Não.
4. Tem sentido coceiras, sensação de insetos andando no corpo, formigamento, pinicações?	1
	Muito leve.
5. Você tem ouvido sons à sua volta? Algo perturbador, sem detectar nada por perto?	2
	Leve.
6. As luzes têm parecido muito brilhantes? De cores diferentes? Incomodam os olhos? Você tem visto algo que o tem perturbado? Você tem visto coisas que não estão presentes?	3
	Moderado.
0	4
Não	Moderado/grave.
1	5
Muito leve	Grave.
	6
	Muito grave.
	7
	Extremamente grave.

Continua...

...continuação

9. Agitação:	10. Que dia é hoje? Onde você está? Quem sou eu? (Observação)
0	0
Normal	Orientado
1	1
Um pouco mais que a atividade normal	Incerto sobre a data, não responde seguramente
4	2
Moderadamente	Desorientado com a data, mas não mais do que dois dias
7	3
Constante	Desorientado com a data, com mais de dois dias
	4
	Desorientado com o lugar e pessoa
Escore Total: _____	
Critérios diagnósticos: 0-9 SAA leve / 10-18 SAA moderada / > 18 SAA grave	

ANEXO II

GRUPO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM, SEGUNDO A NANDA⁽⁶⁾ E INTERVENÇÕES SUGERIDAS, SEGUNDO A NIC⁽⁷⁾ PARA PACIENTES COM SAA

Diagnósticos	Intervenções
Nutrição alterada: ingestão menor do que as necessidades corporais relacionada à anorexia	<ul style="list-style-type: none">- Controle/monitorização nutricional- Controle/assistência no ganho de peso- Controle de hipoglicemia- Controle hídrico
Risco para déficit do volume de líquidos relacionado à perda anormal de líquidos secundária ao vômito e à diarreia Risco para lesão e/ou autolesão relacionado à desorientação, aos tremores ou ao juízo prejudicado	<ul style="list-style-type: none">- Controle de infusão de líquidos- Monitorização dos eletrólitos- Manutenção de via intravenosa- Controle do ambiente- Prevenção de quedas- Restrição física- Monitorização neurológica
Risco para violência relacionado ao comportamento impulsivo, à desorientação, aos tremores ou ao juízo prejudicado	<ul style="list-style-type: none">- Assistência no controle da raiva- Redução da ansiedade- Controle do ambiente: prevenção de violência- Distração- Intervenção nas crises- Tratamento quanto ao uso da substância: álcool- Restrição física- Melhora na segurança- Administração de medicação
Distúrbio do padrão do sono relacionado à irritabilidade, aos tremores e aos pesadelos	<ul style="list-style-type: none">- Melhorar o sono- Controle do ambiente- Administração de medicamentos- Redução da ansiedade- Posicionamento apropriado no leito

Continua...

Ansiedade relacionada à perda de controle, às perdas de memória e ao medo da substância	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da ansiedade - Controle comportamental - Controle do ambiente
Estratégias ineficazes de resolução individual: raiva, dependência ou negação relacionada à incapacidade de controlar construtivamente os estressores sem álcool	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da ansiedade - Apoio na tomada de decisões - Apoio emocional - Treinamento do controle dos impulsos - Aconselhamento - Intervenção nas crises
Interação social prejudicada relacionada à imaturidade emocional, à irritabilidade, à ansiedade, ao comportamento impulsivo ou a respostas agressivas	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a socialização - Melhorar a auto-estima - Tratamento do uso de substância: álcool - Controle comportamental
Isolamento social relacionado à perda do trabalho ou ao retraimento dos outros	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia da atividade - Apoio emocional - Controle do ambiente - Melhorar a socialização - Facilitação de visitas
Padrões de sexualidade alterados relacionados à impotência/perda de libido secundárias à alteração do autocuidado e ao abuso do álcool	<ul style="list-style-type: none"> - Aconselhamento sexual - Redução da ansiedade - Melhora da imagem corporal
Estratégias ineficazes de resolução familiar relacionadas ao rompimento conjugal e à inconsistência no estabelecimento de limites	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento quanto ao uso de substância - álcool - Apoio emocional - Controle comportamental
Risco para controle ineficaz do regime terapêutico relacionado com o conhecimento insuficiente sobre a condição, os tratamentos disponíveis, as situações de alto risco e os recursos da comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Modificação de comportamento - Reestruturação cognitiva - Melhora no enfrentamento - Intervenção nas crises - Apoio emocional - Apoio à família - Aconselhamento nutricional - Identificação de riscos - Assistência na cessação do uso do álcool
Risco para infecção	<ul style="list-style-type: none"> - Proteção contra a infecção - Controle de infecção
Déficit no autocuidado para alimentação	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar alimentação - Controle nutricional - Assistência no autocuidado: alimentação
Déficit no autocuidado para banho/higiene	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar no banho - Assistência no autocuidado: banho/higiene - Melhora na imagem corporal - Melhora da auto-estima
Confusão aguda	<ul style="list-style-type: none"> - Controle do delírio - Redução da ansiedade - Restrição física - Melhora do sono - Orientação quanto à realidade - Prevenção de queda

ENDEREÇO DOS AUTORES:
Estrada das Umbuias, s/n
Santo Amaro-SP
isaacrm@terra.com.br