

Padrões mínimos para assistência de enfermagem segura a usuários de bebidas alcoólicas¹

Minimum standards for safe nursing care for users of alcoholic beverages¹

Normas mínimas para cuidado de enfermería segura a los usuarios de las bebidas alcohólicas¹

Natalina Maria da Rosa², Flávia Antunes³, Cleiton José Santana⁴, Jocimara Costa Mazzola⁵, Michele Cristina Santos Silvino⁶, Magda Lúcia Félix de Oliveira⁷.

Como citar este artigo:

da Rosa NM; Antunes F; Santana CJ; et al. Padrões mínimos para assistência de enfermagem segura a usuários de bebidas alcoólicas. Rev Fund Care Online. 2016 jul/set; 8(3):4659-4667. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4659-4667>

ABSTRACT

Objective: to develop minimum standards for nursing care for people intoxicated by alcohol and treated in the emergency units. **Method:** documental research, built upon the experience of the authors as members of the nursing care team of a center of toxicological assistance, based on literature review. **Results:** we presented the results in two units. Firstly, through a brief literature review on patient safety and alcohol users attended in emergency department, and secondly through a description of minimum standards for initial nursing care necessary for the safety of users of alcohol in three aspects: clinical/biological, psycho-emotional and social. **Conclusion:** The presented standardization, besides regulating nursing practice, improves the execution of assistance programs in the toxicology centers.

Descriptors: nursing care; safety; alcoholic beverages.

¹ Artigo decorrente de pesquisa realizada na disciplina de Gestão do Cuidado à Saúde de Grupos Vulneráveis, do curso Mestrado em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. E-mail: natalina_sula@hotmail.com.

³ Enfermeira, Mestre em enfermagem. Intensivista Hospital Universitário Regional de Maringá. Maringá, PR, Brasil. E-mail: flanti@bol.com.br.

⁴ Enfermeiro, Mestrepo em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. E-mail: cleisantana@uol.com.br.

⁵ Enfermeira, Mestre. BBAncore de Sangue nxx Hospital Universitário Regional de Maringá. Maringá, PR, Brasil. E-mail: jcmazzola2000@yahoo.

⁶ Enfermeira, Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil. E-mail: Michele_silvino@hotmail.com.

⁷ Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Professora adjunta da Universidade Estadual de Maringá. Maringá-PR. E-mail: mlfoliveira@uem.br.

RESUMO

Objetivo: elaborar padrões mínimos para assistência de enfermagem às pessoas intoxicadas por álcool e atendidas em unidades de atenção às urgências. **Método:** investigação documental, construída a partir da experiência dos autores como integrantes da equipe assistencial de enfermagem de um centro de assistência toxicológica, alicerçada em revisão de literatura. **Resultados:** foram apresentados em duas unidades. Breve revisão bibliográfica sobre segurança do paciente e de usuários de bebidas alcoólicas atendidos em serviços de urgência, e descrição de padrões mínimos de assistência inicial de enfermagem, necessários à segurança de usuários de bebida alcoólica, em três aspectos; clínico/biológico, psicoemocional e social. **Conclusão:** A padronização apresentada, além de normatizar a prática de enfermagem, melhora a execução de programas assistenciais em centros de assistência toxicológica.

Descritores: assistência de enfermagem; segurança; bebidas alcoólicas.

RESUMEN

Objetivo: Desarrollar normas mínimas para la atención de enfermería para las personas intoxicadas por alcohol y tratadas en las unidades de atención de emergencia. **Método:** la investigación documental, construída a partir de la experiencia de los autores como miembros del equipo de atención de enfermería en un centro de asistencia toxicológica, basado en revisión de la literatura. **Resultados:** fueron presentados en dos unidades. Primeramente, una breve revisión de la literatura sobre la seguridad de los usuarios y de los pacientes vistos en un departamento de emergencias, y la descripción de las normas mínimas para la atención inicial de enfermería necesaria para la seguridad de los usuarios de alcohol en tres aspectos: clínico / biológico, psico-emocional y social. **Conclusión:** La normalización presenta, además de regular la práctica de la enfermería, la mejora de la ejecución de los programas de asistencia en los centros de toxicología.

Descriptores: atención de enfermería; seguridad; bebidas alcohólicas.

INTRODUÇÃO

A relação comprovada entre o consumo abusivo de bebida alcoólica e os agravos sociais associados a efeitos deletérios sobre a saúde humana, com número expressivo de casos de *overdose* acidental ou intencional, lesões violentas de todos os tipos e doenças orgânicas secundárias ao uso, caracteriza o tema como um grave problema de saúde pública na atualidade.¹⁻² Uma fração substancial de pacientes que procuram tratamento em unidades de urgência tem problemas relacionados à bebida alcoólica e outras drogas, incluindo intoxicação e abstinência, traumas, queixas neurológicas, doenças crônicas agudizadas relacionadas às drogas e comorbidades mentais.²

As unidades de urgência são responsáveis por parte dos cuidados ofertados à população na rede de atenção à saúde. Nessas unidades são atendidas pessoas que necessitam de ações imediatas da equipe de saúde, porém, para prolongar a vida e prevenir possíveis sequelas, este atendimento deve ser prestado com qualidade e segurança.³⁻⁴

A necessidade de segurança deve ser atendida com vistas a evitar eventos adversos, danos ou prejuízos no decorrer

da assistência.⁵ Considerando que a enfermagem desempenha papel fundamental na prestação da assistência a essa clientela específica, cabe-lhes zelar, principalmente, pela sua segurança, recuperação, cuidado seguro e qualificado - considerado atributo essencial desempenhado pelo enfermeiro.⁶

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que eventos adversos relacionados à assistência ocorram em dezenas de milhares de pessoas todos os anos em diversos países. Atualmente, o movimento para a segurança do paciente substitui “a culpa e a vergonha” por uma nova abordagem, a de “repensar os processos assistenciais” com o intuito de antecipar a ocorrência dos erros antes que causem danos aos pacientes em serviços de saúde.⁷

Em relação ao atendimento e à segurança de pacientes usuários de bebida alcoólica em unidades de atenção à urgência, os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, necessitam aperfeiçoar sua metodologia de abordagem inicial a esses pacientes. A aproximação realizada com sentimentos de pena e empatia aos mais depressivos, ou de distanciamento, medo, raiva e revolta demonstrados aos agressivos ou teatrais, apontam a disponibilidade dos profissionais para atendê-los.⁶

Geralmente a desmotivação ou desinteresse em atendê-los cria uma posição defensiva, sobretudo nos agressivos, pela ausência de capacitação formal e despreparo para prestar assistência ao usuário de bebida alcoólica na sua dimensão psicológica e social cotidiana. Este despreparo ou dificuldade em cuidar, aliado à concepção do doente como potencialmente agressivo, permeia a ideia de que os alcoolistas devem ser assistidos em local específico, separado das demais especialidades.⁴

O estabelecimento de padrões mínimos com critérios para a assistência e condutas com evidência científica, pode colaborar na modificação da prática de enfermagem (JCR, 2008).⁶ A elaboração e implantação desses padrões devem se apoiar na realidade das condições assistenciais e em intervenções e ações práticas para prevenção de dano ao paciente, e na utilização de novas tecnologias para promoção da segurança do paciente.⁸

Padrões mínimos podem ser compreendidos como: planos de cuidados que facilitam a ordenação e o direcionamento da qualidade da assistência; fatores auxiliares na definição de processos e resultados de intervenções, devendo considerar as condições estruturais anteriores e a qualidade com que se desenvolve a assistência dispensada ao indivíduo; afirmações sobre a qualidade do cuidado prestado pela equipe, com os critérios pelos quais a efetividade do cuidado é avaliado.⁶⁻⁸

No Brasil, os centros de informação e assistência toxicológica - CIAT - têm a missão de fornecer suporte aos profissionais de saúde, à população e às instituições por meio da informação e da assistência toxicológica, visando a prevenção e a redução da morbimortalidade por intoxicações. A informação toxicológica é realizada por meio de protocolos centrados na ação do produto químico, e existe uma carência

de protocolos voltados à assistência à pessoa intoxicada.⁹ A elaboração de diretrizes para a organização da informação e da assistência toxicológica se constitui de uma necessidade urgente para a manutenção e reestruturação dos CIAT articulados às redes de atenção à saúde, visando a integralidade do cuidado e o uso racional dos recursos.⁸⁻⁹

Considerando o exposto, objetivou-se apresentar padrões mínimos de segurança para atendimento inicial de enfermagem a usuários de bebida alcoólica em unidades de urgência.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza documental, construído a partir da experiência dos autores como integrantes da equipe assistencial de enfermagem de um centro de assistência toxicológica - CIAT, considerado unidade sentinela de casos de intoxicação por diversas etiologias e nível de gravidade.

Inicialmente, foi realizada revisão bibliográfica sobre a segurança de pacientes em setores de urgência e estratégias utilizadas no desenvolvimento de padrões seguros para assistência de pacientes com intoxicação aguda ou crônica agudizada por bebida alcoólica. Tal revisão foi feita em periódicos e manuais internacionais e nacionais de segurança do paciente, priorizadas as publicações no período entre janeiro de 2001 e dezembro de 2013.

Para a construção dos padrões assistenciais, foram utilizados como diretrizes teóricas os módulos IV-Atendimento Inicial ao Paciente Intoxicado e VIII-Intoxicação por drogas de Abuso, do Curso de Toxicologia promovido pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária/ Rede Nacional de Centros de Informação e Assistência Toxicológica - ANVISA/RENA-CIAT, e outros documentos da literatura técnico-científica sobre o tema. De forma complementar, realizou-se análise nos registros das normas e rotinas do processo de atendimento do CIAT, e também um seminário para discussão da experiência profissional dos autores com vistas à sistematização dos padrões de assistência de enfermagem.⁸⁻¹⁰

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão apresentados em duas unidades: a primeira relata a síntese dos achados da revisão bibliográfica nos aspectos de interesse ao estudo, segurança do paciente em serviços de urgência, especificamente dos usuários de bebida alcoólica; e a segunda apresenta proposta de padrões mínimos de assistência de enfermagem necessários à atenção segura no atendimento inicial aos usuários de bebida alcoólica atendidos em unidades de urgência.

Necessidades de segurança de usuários de bebida alcoólica em serviços de urgência

A segurança é o primeiro domínio das dimensões da qualidade na assistência à saúde e é uma preocupação dos

sistemas de saúde do mundo. Não há como oferecer uma boa assistência médico-hospitalar se esta não for feita com segurança, e os esforços de humanização em qualquer hospital devem incluir o planejamento das ações envolvidas no cuidado com vista à redução do risco assistencial.^{14,7}

A segurança do paciente significa a redução de atos inseguros nos processos assistenciais a um mínimo aceitável, e o uso das melhores práticas existentes de forma a alcançar os melhores resultados possíveis para o paciente. O "aceitável" se refere àquilo que é viável diante do conhecimento atual dos recursos disponíveis e do contexto em que a assistência for realizada frente ao risco de não-tratamento - reconhecendo que erros, violações, maus-tratos e atos deliberadamente inseguros ocorrem na assistência em saúde.⁷⁻⁸

A literatura de saúde pública mundial tem apontado o enorme abismo em termos de qualidade e segurança entre a assistência à saúde que deveríamos prestar e a que realmente prestamos, e também deu mais visibilidade aos eventos adversos e aos danos em consequência de diferentes tipos de cuidado. A padronização das definições e atos também é importante para permitir comparações válidas de medidas de segurança.^{8,15}

O objetivo da padronização de estratégias seguras ao paciente ou cuidado seguro de enfermagem é reduzir o risco assistencial para níveis mínimos tendo em conta o conhecimento disponível, pois a ocorrência de eventos adversos tem impacto em diferentes níveis, além de custos sociais indiretos - baixa produtividade do profissional e sofrimento do paciente e sua família.^{3,8} A urgência permeia todas as patologias em qualquer momento de sua evolução, independente de provocar risco à vida ou grande potencial de sequelas, e deve ser identificada precocemente a fim de que a terapêutica adequada possa ser adotada de forma a minimizar ou evitar os danos ao paciente.¹⁶

A atenção às urgências clínicas ocorre em serviços pré e intra-hospitalar, e os profissionais de ambos os serviços devem estar preparados para realizar o acolhimento de forma segura e promover o encaminhamento correto dos pacientes para outros níveis de atenção à saúde.¹⁶⁻¹⁷ Diante desta situação, para que o atendimento inicial seja executado de maneira adequada, a equipe deve ter em mente uma abordagem baseada em evidências científicas, o que garante um desfecho favorável ao paciente.⁶

O atendimento inicial nos serviços de urgência pré-hospitalar é caracterizado pela busca da estabilização das condições vitais da pessoa humana por meio do suporte à vida, o qual exige agilidade e objetividade da equipe de saúde com ações direcionadas à manutenção da vida - minimizando possíveis sequelas.⁶ Esses serviços primam por uma sequência lógica durante a assistência, conforme preconiza os protocolos específicos de atenção à saúde e se norteia pelos padrões mínimos de assistência a fim de assegurar a eficácia da conduta tomada pelos profissionais de saúde.⁹

Estudo realizado no âmbito da União Europeia visando à qualidade da atenção hospitalar, demonstrou que um em

cada dez pacientes internados pelo uso abusivo de bebida alcoólica sofre danos considerados evitáveis durante a assistência recebida. Práticas inseguras de saúde podem resultar em morte prematura de pacientes assistidos em ambiente hospitalar, principalmente daqueles que demonstram comportamentos agressivos.⁷ A bebida alcoólica pode produzir transtornos à saúde física e mental dos usuários, desenvolvimento de processos infecciosos, alterações metabólicas e acidentes - que por vezes mostram-se mais emergenciais do que a intoxicação ou a síndrome alcoólica *per se*, evidenciados pelo aumento expressivo da demanda de alcoolistas em unidades hospitalares.¹⁸⁻¹⁹

Complicações relacionadas à falta de padronização no atendimento aos usuários de bebida alcoólica nas salas de emergência são um fato recorrente na atualidade. A difusão, diversificação e disponibilidade de substâncias psicoativas colocam os profissionais de saúde diante de quadros clínicos diversos, isolados ou combinados, minimizados, exacerbados ou mascarados por outras situações. Esses usuários são mais suscetíveis a acidentes e violências, sendo que as intoxicações alcoólicas podem servir de propósitos suicidas ou funcionar como 'antídotos' para indivíduos que sofrem de alguma patologia psiquiátrica.¹⁹

Duante a admissão no serviço de atenção às urgências os pacientes muitas vezes recusam o atendimento nas salas de emergência, pois comumente são levados contra sua vontade e têm dificuldade em manter um relacionamento confidencial em um ambiente aberto no qual enfermeiros, médicos, seguranças, socorristas, outros pacientes e acompanhantes de pacientes interagem simultaneamente.⁴

Padrões mínimos para assistência inicial segura aos usuários de bebida alcoólica

A intoxicação aguda, de maneira geral, caracteriza-se pela ingestão de uma ou mais substâncias em quantidades suficientes para interferir nos sistemas de suporte do organismo. A conduta terapêutica diante de um quadro suspeito ou confirmado de intoxicação, como em qualquer outra emergência em saúde, requer uma avaliação clínica inicial rápida - com avaliação das funções vitais e da necessidade de suporte - para identificar e corrigir situações de risco iminente de morte. As condições de risco de morte devem ser identificadas e tratadas concomitantemente, obedecendo a sequência de prioridades estabelecida pelas diretrizes da American Heart Association 2010, acrescida obrigatoriamente pela etapa E - Exposure - exposição.^{9,11,13,20}

Nesta última etapa da avaliação primária, o paciente deve ser despido de suas vestimentas para permitir e facilitar a observação de possíveis sinais externos - perfurações, equimoses, escoriações, fraturas, luxações, entre outros. Ainda, deve envolver a manutenção de um ambiente termicamente neutro para evitar hipotermia.^{11,13,20}

Após a avaliação dos sinais e sintomas de intoxicação é necessário estabelecer a síndrome tóxica e tratar a intoxi-

cação com métodos disponíveis para a descontaminação e para o aumento da eliminação do tóxico absorvido - uso de antídotos, tratamento sintomático e de suporte. Ainda, devem ser feitas considerações especiais relacionadas ao atendimento do paciente deve ser encaminhado a serviços especializados por comorbidades, ideação suicida, síndrome de abstinência, uso crônico de drogas/poliusuário, ou para o estabelecimento de exposições não tóxicas como aqueles em situações especiais, como o paciente pediátrico e adolescente, o idoso e a gestante, devem ser observadas.^{11,13} Recomenda-se, nesta fase, a consulta a um Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIAT) para a obtenção de orientações adequadas.

Os estágios clínicos de uma intoxicação alcoólica variam de embriaguez leve ao coma, depressão respiratória e, raramente, morte. Portanto, a maioria dos casos de intoxicação aguda pela bebida alcoólica não leva o indivíduo às unidades de urgência. Nestas unidades geralmente são atendidas intoxicações pronunciadas por níveis crescentes de depressão do sistema nervoso central e alterações do comportamento como: agitação; quadros ansiosos e/ou depressivos; agressividade; desorientação; confusão mental e alterações psicomotoras como fala pastosa, prejuízo no desempenho motor, letargia, ataxia, geralmente associadas a sinais e sintomas clínicos maiores.^{13,19}

A intoxicação aguda é passageira, pois o organismo metaboliza cerca de 0,015mg% de álcool/hora, ou cerca de uma unidade de álcool (10gr/hora), porém nas unidades de urgência é atendido um número expressivo de complicações relacionadas ao uso contínuo e/ou abusivo, ou à interrupção do álcool em usuários crônicos (síndrome de abstinência).^{11,21}

As doses tóxicas são variáveis, sendo que a velocidade da ingestão, a ingestão prévia de alimentos, o uso concomitante de outras substâncias psicoativas, fatores ambientais e o desenvolvimento de tolerância individual aos efeitos do álcool interferem nessa relação.^{11,13} Atenção especial aos pacientes que ingeriram bebida alcoólica em *binge drinking*, definido como o consumo de cinco ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma única ocasião por homens ou quatro ou mais por mulheres.^{4,19}

A sintomatologia vai depender do nível sérico de álcool e da tolerância do paciente: 50 a 150 mg/dL - verborragia, reflexos diminuídos, visão borrada, excitação ou depressão mental; 150 a 300 mg/dL - ataxia, confusão mental, hipoglicemia (principalmente em crianças), logorréia; 300 a 500 mg/dL - descoordenação acentuada, torpor, hipotermia, hipoglicemia (convulsões), distúrbios hidroeletrólíticos, com hiponatremia, hipercalcemia, hipomagnesemia, hipofosfatemia e acidose metabólica; e > 500 mg/dl - coma e falência respiratória e/ou circulatória podendo levar ao óbito.²¹

As diretrizes para o tratamento dos transtornos relacionados ao uso de substâncias da American Psychiatric Association - APA indicam o manejo da intoxicação com os seguintes objetivos: promover, para pacientes intensamente intoxicados, diminuição da exposição a estímulos externos,

ambiente seguro e monitorado; averiguar as substâncias utilizadas e a rota de introdução, dosagem, tempo da exposição e se o nível de intoxicação está aumentando ou diminuindo; remover as substâncias do corpo por descontaminação ou por aumento da taxa de excreção; reverter os efeitos da substância pela administração de antagonistas, se existentes; usar abordagens que estabilizem os efeitos físicos da substância objeto da superdosagem - intubação para diminuir o risco de bronco-aspiração, medicamentos para manter a pressão sanguínea em níveis satisfatórios.²²

Um exame físico cuidadoso deve ser feito na admissão do paciente na unidade de urgência, a fim de detectar sinais de complicações e sinais de cronicidade ou comorbidades. Na maioria dos casos é necessário apenas assegurar a interrupção da ingestão de álcool pelo indivíduo e proporcionar-lhe um ambiente seguro e livre de estímulos.^{22,4,13} Usuários de álcool e outras drogas de abuso têm maior suscetibilidade a acidentes automobilísticos, agressões físicas, risco de suicídio, homicídios e outras lesões e acidentes. Hematomas podem indicar traumatismos durante a intoxicação ou alterações da coagulação induzidas por insuficiência hepática.^{4,13,19}

Para se retirar álcool residual e evitar vômitos e aspiração pulmonar, podem ser indicadas medidas de descontaminação de acordo com a via de introdução do agente tóxico no organismo. Embora existam poucos estudos sobre os procedimentos de esvaziamento gástrico na literatura médica, está bem estabelecido que depois de 60 minutos, muito pouco ou quase nada da dose ingerida é removida por lavagem gástrica, e existem propostas de protocolos de tratamento com fortes restrições à indicação generalizada das medidas de descontaminação gastrointestinal.^{11,13}

Existem circunstâncias nas quais a descontaminação gástrica pode diminuir o potencial tóxico da substância ingerida, mesmo quando realizada até duas horas após a ingestão, como a ingestão de doses potencialmente tóxicas ou letais da substância. Porém, em pacientes comatosos, obnubilados ou convulsivos, a descontaminação deve ser realizada com cautela e o risco benefício do procedimento a ser avaliado, porque nesses pacientes os reflexos de proteção das vias aéreas estão ausentes ou diminuídos, com risco da aspiração do conteúdo gástrico. Recomenda-se realizar a intubação orotraqueal para a proteção das vias aéreas e prevenir a aspiração.^{11,13}

Os diagnósticos de obstrução de vias aéreas, insuficiência respiratória, alterações hemodinâmicas, déficit neurológico implicam no emprego imediato de procedimentos terapêuticos, uma vez que pode haver comprometimento de funções vitais. Nos casos de intensa depressão respiratória ou coma são indicados a hidratação venosa, medidas de suporte ventilatório e circulatório, e hemodiálise para alcoolemia maior que 500 mg%.^{13,19} Tiamina pode ser administrada em pacientes com rebaixamento importante do nível de consciência para prevenir a precipitação da encefalopatia de Wernicke, mas é importante salientar que não existem medicamentos para acelerar a metabolização do álcool ou

que aliviem os sintomas de embriaguez, incluindo glicose ou frutose intravenosa.^{11,13}

Observa-se que episódios de náusea e vômitos são bastante frequentes em pacientes que ingerem substâncias depressoras do sistema nervoso central. Vômitos que acontecem durante períodos de sedação aumentam as chances de aspiração pulmonar do conteúdo gástrico, podendo levar o paciente a um quadro de pneumonia hospitalar.²³

Quedas por pacientes alcoolistas são comuns, ainda mais quando estão internados na vigência de doenças agudas. Uma equipe de enfermagem, onde o enfermeiro é o membro gestor da qualidade da assistência, pode desenvolver ações e cuidados específicos essenciais para uma prática de enfermagem que irá reduzir esses eventos adversos. Cuidados específicos podem ser prescritos pelo enfermeiro e realizados por toda equipe a fim de diminuir esses eventos adversos - acomodando este cliente em um colchão no solo, por exemplo.⁶

Merece atenção o efetivo controle da temperatura corporal de pacientes etilistas, haja vista maior suscetibilidade desses indivíduos à hipotermia, em decorrência da perda de calor corporal causada pelo efeito vasodilatador direto do etanol. Deve-se levar em conta o elevado efeito deletério do álcool ao que concerne à termogênese e à neoglicogênese, o que pode elencar déficit cognitivo.⁹

Embora o contexto do atendimento inicial nas unidades de urgência seja de condutas a partir das queixas e situações clínicas dos pacientes, o profissional enfermeiro, junto à equipe multidisciplinar, deve estar preparado para um atendimento seguro e de qualidade, com métodos de abordagem que contemplem os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Deve-se conhecer as particularidades que o abuso de drogas pode ocasionar ao indivíduo, assisti-lo em integralidade é fundamental para que o atendimento seja de qualidade, proporcionando a recuperação e a diminuição de danos.

Neste contexto, para o processo de atendimento inicial seguro ao usuário de bebida alcoólica em unidades de urgência, foram estabelecidos padrões mínimos para a assistência de enfermagem nos aspectos clínico/biológico, psicoemocional e social. Nos aspectos clínicos/biológicos foram estabelecidos padrões para efeitos neurológicos, hidroeletrólíticos, pulmonares, cardiovasculares, gastrointestinais, para a alteração da temperatura corpórea e para as ações relacionadas aos exames complementares (Quadro 1). A atenção aos aspectos psicoemocionais e comportamentais foi padronizada a partir de alterações comportamentais e psicomotoras, e risco de comportamento violento e de violência autoinfligida (Quadro 2). Os aspectos sociais foram padronizados quanto ao ambiente da unidade, à abordagem do paciente e família, e aos encaminhamentos corretos para o caso/refêrencia (Quadro 3).

Quadro 1: padrões mínimos de assistência de enfermagem nos aspectos biológicos e clínicos do atendimento na emergência aos usuários de bebidas alcoólicas.

Aspectos clínicos e biológicos	Padrões mínimos de segurança
Efeitos neurológicos: depressão do SNC em vários níveis, isoladas ou associadas a outros sinais e sintomas clínicos.	Manter leito/maca com grades elevadas ou colocar paciente para repousar em maca próxima ao piso ou colchão no piso, quando possível.
Risco de queda/trauma, depressão respiratória e de broncoaspiração.	Realizar procedimentos terapêuticos indicados (ex. lavagem gástrica, tiamina). Avaliar nível de consciência, através da escala de avaliação padronizada na unidade de saúde. Instituir medidas de proteção de vias aéreas, se indicado. Manter paciente em observação clínica por no mínimo 6 horas, para monitoramento de sinais avançados de depressão do SNC. Manter vigilância cuidadosa do paciente e verificação dos dados vitais de acordo com a gravidade do caso até a melhora clínica do paciente.
Efeitos hidroeletrolíticos por vômitos, diarreia ou sudorese profusa.	Observar turgor de pele diminuído, hipotermia, taquicardia, taquipneia, mucosas secas e hipocoradas.
Risco de desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos e de convulsão.	Controlar diurese. Monitorar balanço hídrico Puncionar veia(s) periférica(s) e manter acesso venoso seguro permeável.
Efeitos pulmonares: depressão respiratória ou falência respiratória e/ou circulatória.	Verificar sinais vitais rigorosamente, principalmente respiração e observar alterações do padrão respiratório
Risco de depressão respiratória	Manter vias aéreas pérvias, com medidas de proteção de vias aéreas. Uma via aérea pérvia não significa uma ventilação e oxigenação tecidual adequadas, sendo necessária uma avaliação da respiração periodicamente.

Aspectos clínicos e biológicos	Padrões mínimos de segurança
Efeitos cardiovasculares: vasodilatação, desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos com redução do volume intravascular.	Verificar sinais vitais rigorosamente, com ênfase na pressão sanguínea, na frequência e no ritmo de pulso.
Risco de hipotensão. Hipóxia, confusão mental e queda.	Instituir medidas de controle do choque hipovolêmico
Efeitos gastrintestinais: irritação gástrica, náusea e vômito.	Posicionar o paciente em decúbito lateral, se não houver contra-indicação (traumas), para evitar a aspiração de secreções.
Risco de aspiração de conteúdo gástrico, de infecção pulmonar.	Realizar procedimentos terapêuticos indicados
Alteração da temperatura corpórea - sensação de calor e aumento da transpiração e consequente hipotermia	Verificar sinais vitais rigorosamente, com ênfase na temperatura corpórea Manter o paciente aquecido (cobertor)
Alterações nos resultados de exames complementares	Acompanhar resultados de exames - padrões para glicemia, acidose respiratória e/ou metabólica, dosagens toxicológicas.

O Quadro 2 mostra os padrões mínimos de assistência de enfermagem, referentes aos aspectos psicoemocionais e comportamentais no processo de atendimento ao usuário de bebida alcoólica. Os efeitos emocionais e comportamentais são muito frequentes e variáveis conforme a tolerância do indivíduo e a dose ingerida. Dentre tais efeitos destacam-se: perda da inibição, sendo que pessoa intoxicada com álcool pode fazer coisas que normalmente não faria, como, por exemplo, dirigir um carro em alta velocidade; alteração do humor, ocasionando raiva, comportamento violento; ou depressão e até mesmo suicídio.

Quadro 2: padrões mínimos de assistência de enfermagem nos aspectos psicoemocionais do atendimento na emergência aos usuários de bebida alcoólica.

Aspectos psicoemocionais do atendimento	Padrões mínimos de assistência
Alterações comportamentais e psicomotoras: Euforia, hipertermia e agitação psicomotora (em geral secundárias a hipóxia ou a hipoglicemia), quadros ansiosos e/ou depressivos, verborragia, alucinação, ideação suicida ou tentativa de suicídio e autoagressividade.	Manter leito/maca com grades elevadas ou colocar paciente para repousar em maca próxima ao piso ou colchão no piso, quando possível. Realizar apoio verbal contínuo até que os efeitos se dissipem Realizar contenção do paciente, para agitação marcada que não responde ao manejo verbal. Proporcionar ambiente tranquilo, diminuindo a luminosidade e ruídos.
Risco de depressão respiratória, de queda, de comportamento violento e de violência autoinfligida.	Promover um ambiente com poucos móveis e objetos Manter paciente sob observação, atentando para manifestações de alucinações e <i>delirium</i> , sugestivas de síndrome de abstinência. Realizar procedimentos terapêuticos indicados, mas uso de sedativos com a cautela de não aumentar a depressão do SNC (recomenda-se o emprego de fármacos de ação curta e que possuam antagonista específico).
Relação da droga com violência.	Investigar presença de traumatismo crânio-encefálico, fraturas e outras lesões, por exame físico detalhado
Risco de trauma e de atividades criminais.	Investigar a causa da violência, através de anamnese Abordar o paciente para realização da anamnese e confiar nas informações dadas por ele

Deve ser realizada uma avaliação minuciosa dos indivíduos com potencial risco para o suicídio e violência. Quando a abordagem é direcionada ao paciente com indícios de agressividade, o profissional deve ter boa capacidade de comunicação e agir de maneira empática e acolhedora. Ou seja, o enfermeiro deve se apresentar, falar de maneira pausada e clara, evitar contato físico com o paciente, posicionar-se de forma que permita ser visto e manter-se atento aos seus movimentos e falas.²³

Ao atender um paciente agressivo, é importante estar atento para aspectos do ambiente físico, como característica dos objetos e móveis presentes no ambiente em que o paciente será instalado que possam ser usados como armas. O ideal é que este paciente seja abordado logo que demons-

trar algum sinal de agressividade, pois isso evita que o comportamento violento assuma maiores proporções.²⁴

Ao sinal de agressividade, a contenção física e mecânica é um método largamente empregado, no entanto, não existe uma normatização legal sobre sua prática no Brasil. Os profissionais devem estar atentos quanto ao conforto da contenção, extinguindo qualquer possibilidade de garroteamento do membro, o que pode causar redução da perfusão periférica, risco de fratura, aparecimento de hematomas, escoriações, bolhas, entre outras complicações, gerando dor e desconforto, que potencializam a agressividade e dificultam o diálogo.²³

Os padrões mínimos da assistência de enfermagem em relação aos aspectos sociais no atendimento ao usuário de bebida alcoólica foram padronizados em relação ao acolhimento do paciente e família (Quadro 3).

Alguns problemas psicossociais podem resultar do alcoolismo, incluindo conflitos familiares, problemas financeiros e de moradia, dirigir embriagado, agressividade relacionada ao álcool e prisões. Talvez as mais graves consequências do alcoolismo sejam as mortes relacionadas ao comportamento dos alcoolistas, tais como acidentes de trânsito - 50 % das mortes em rodovias são causadas por se dirigir embriagado; suicídios - 25% dos suicidas tem história de alcoolismo; morte por intoxicações - o álcool é o agente que mais intoxica e leva ao óbito, brigas, homicídios e ocorrências policiais.^{4,13,19}

Quadro 3: padrões mínimos de assistência de enfermagem nos aspectos sociais do atendimento na emergência ao usuário de bebida alcoólica.

Aspectos sociais do atendimento	Padrões mínimos de assistência
Discriminação, preconceito e dificuldades no acolhimento do paciente e família.	Abordar o paciente de forma adequada, evitando comentários estigmatizantes.
Orientação para a alta hospitalar da unidade de urgência.	Oferecer ambiente adequado para o atendimento. Orientar paciente e família quanto à necessidade de participação de programas de reabilitação e grupos de apoio na alta hospitalar.

Quando acontece a estabilização clínica para a alta, a substância foi eliminada e o paciente tem condições de assumir o seu controle novamente. É necessário verificar a existência de familiares ou cuidadores capazes de compreender as dificuldades e necessidades do paciente, especialmente nos casos de dependência.

O profissional de saúde deve tentar engajar o paciente e sua família no tratamento, tentando correlacionar os problemas clínicos com o uso do álcool, considerando o paciente como portador de uma doença e procurando informá-lo da

reversibilidade do quadro - da intensidade dos sintomas de abstinência, da intensidade das complicações orgânicas e psíquicas - com o tratamento. Ainda deve-se tratar do nível de aceitação do paciente da sua própria realidade e do nível da retaguarda familiar e assistência disponível.²⁵

Se ocorrer apenas a intoxicação, sem doença psiquiátrica prévia ou dependência química, deve-se realizar a abordagem da intoxicação e orientações gerais. Se aconteceu intoxicação com suspeita de dependência química, mas sem outra doença psiquiátrica, deve-se realizar a abordagem da intoxicação através da sensibilização do paciente e familiares, encaminhando o mesmo para tratamento. Nos casos de intoxicação com comorbidade psiquiátrica e dependência química, deve-se realizar a abordagem da intoxicação, avaliação diagnóstica de transtornos psiquiátricos, sensibilização do paciente e familiares e encaminhamento para tratamento.²²

CONCLUSÃO

A padronização da assistência apresentada, além de normatizar a prática de enfermagem, cumprindo preceitos do exercício profissional, melhora a execução das atividades do programa assistencial em centros de informação e assistência toxicológica. A implantação de padrões mínimos auxilia na prescrição de uma assistência individualizada, visando além dos cuidados básicos ofertados normalmente, novos cuidados que possam contribuir para a recuperação e para a qualidade da assistência prestada ao paciente vítima de abuso de drogas.

É importante que o enfermeiro qualifique sua equipe através de serviços de educação continuada, onde todos os profissionais envolvidos na assistência - de forma direta ou indireta - às vítimas sob o efeito de bebida alcoólica tornem-se aptos a desenvolver uma sensibilidade de assistência isenta de eventos adversos. As ações devem ser realizadas de forma contínua e a reavaliação da vítima deve ser constante. Para isso, padrões mínimos de assistência a essa clientela são observados, a fim de oferecer-lhes um cuidado mais qualificado.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira MLF, Arnauts I. Intoxicação alcoólica em crianças e adolescentes: dados de um centro de assistência toxicológica. *Esc. Anna Nery*. 2011;15(1):83-9.
2. Vargas D, OLIVEIRA MAF, Araújo EC. Prevalência de dependência alcoólica em serviços de atenção primária à saúde de Bebedouro, São Paulo, Brasil. *Cad. Saude Publica*. 2009;25(8):1711-20.
3. Gouvêa CSD, Travassos C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad. Saude Publica*. 2010; 26(6):1061-78.
4. Downes MA Healy P, Page CB, Bryant JL, Isbister GK. Structured team approach to the agitated patient in the emergency department *Australia Emergency Medicine*. 2009; 21:196-202.
5. Thomas EJ, Petersen LA. Measuring errors and adverse events in health care. *J Gen Intern Med*. 2003;18:61-7.
6. Joint commission resources - JCR. Temas e estratégias para liderança em enfermagem: enfrentando os desafios hospitalares atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008.
7. World health organization - WHO. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety version 1.1. Final Technical Report and Technical Annexes. [Internet]. 2009 [acesso em 2014 Aug 18]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf
8. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine; 2000.
9. Tavares EO, Oliveira MLF. Padrões mínimos de atendimento inicial a urgência toxicológica para a abordagem à criança intoxicada. *Rev Rene*. 2012;13(1):147-57.
10. Salci MA, Oliveira MLF. Análise da assistência de enfermagem a indivíduos internado por intoxicação alcoólica em um hospital universitário. *Rev. Cienc. Saude*. 2001;1(2):40-
11. Turini CA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Módulo IV: atendimento Inicial ao Paciente Intoxicado. [Internet]. 2014 [acesso em 2014 Jun 20]. Disponível em: <http://lrc.nutes.ufrj.br/toxicologia/modIV.htm>
12. Centro de vigilância sanitária - CVS. Núcleo de Toxicovigilância. Caderno de Toxicovigilância I. Manual de toxicovigilância V1 – 2ª Revisão. [Internet]. 2014 [acesso em 2014 Jun 20]. Disponível em: <http://www.cvs.saude.sp.gov.br/up/Caderno%20de%20Toxicovigil%C3%A2ncia%20I%2015.04.2014%20final.pdf>
13. Rodrigues RMR. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Módulo VIII: intoxicação por Drogas de Abuso. [Internet]. 2014 [acesso em 2014 Jun 20]. Disponível em: <http://lrc.nutes.ufrj.br/toxicologia/modVIII.htm>
14. Silva AEBC. Segurança do paciente: desafios para a prática e a investigação em Enfermagem. *Rev. Eletr. Enf*. 2010;12(3):422.
15. Jha AK, Prasopa-Plaizier N, Larizgoitia, Bates DW. Patient safety research: an over view of the global evidence. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(1):42-7.
16. Garlet ER, Silva MAD Lima, Santos JLG, Marques GQ. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. *Texto & contexto enferm*. 2009;18(2):266-72.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência – Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009. p.56.
18. Galperim B. et al. Análise dos escores de gravidade como preditores na mortalidade em cirróticos hospitalizados. *Rev. AMRIGS*. 2009; 53(3) 221-25.
19. Laranjeira R, Dunn J, Araújo MR. Álcool e drogas na Clínica Médica. [Internet]. 2014 [acesso em 2014 May 18]. Disponível em: http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/texto/Alcool%20e%20drogas%20na%20clinica%20medica.pdfpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf
20. American heart association - AHA. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2010 para RCP e ACE. [Internet]. 2010. [acesso em 2014 May 06]. Disponível em: <http://www.heart.org/idc/groups/heart->
21. Room R, Cherpitel CJ. Issues related to emergency department studies: Introduction. In: Cherpitel CJ, et al. *Alcohol and Injuries: Emergency Department Studies in an International Perspective*. Geneva: Departments of Mental Health and Substance Abuse & of Injuries and Violence Prevention. World Health Organization; 2010. p.67.
22. American psychiatric association - APA. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders, 3rd edition. In: *American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006*.
23. Arlington, VA: American Psychiatric Association. [Internet]. 2010. [acesso em 2014 Jun 15]. Disponível em: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/SUD2ePG_04-28-06.pdf
24. Amaral RA, Malbergier A, Andrade AG. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. *Rev. Bras. Psiquitr*. 2010;32(Supl II):104-11.
25. Mantovani C, Migon MN, Valdozende Alheira FV, Del-Bem CM. Manejo de paciente agitado ou agressivo. *Rev. Bras. Psiquitr*. 2010;32(Supl II):96-103.
26. Taylor B, et al. The more you drink, the harder you fall: a systematic review and meta-analysis of how acute alcohol consumption and injury or collision risk increase together. *Drug and Alcohol Dependence*. 2010;110(1-2):108-16.

Recebido em: 14/10/2014
Revisões requeridas: Não
Aprovado em: 17/09/2015
Publicado em: 15/07/2016

Autor correspondente:

Natalina Maria da Rosa
Avenida Colombo, 5.790 - Campus Universitário
Bloco 001, sala 023
Maringá – Paraná – Brasil
CEP: 87020-900