



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM PREVENÇÃO E ASSISTÊNCIA EM  
SAÚDE MENTAL E TRANSTORNOS ADITIVOS

ALINE MARIA DE MELLO

**DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO A PARTIR DO  
RASTREAMENTO DO CONSUMO DE ÁLCOOL DE PACIENTES INTERNADOS  
EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICA DE HOSPITAL GERAL**

ALINE MARIA DE MELLO

**DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO A PARTIR DO  
RASTREAMENTO DO CONSUMO DE ÁLCOOL DE PACIENTES INTERNADOS  
EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICA DE HOSPITAL GERAL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos.

Orientador: Prof. Dr. Flavio Pechansky  
Coorientadora: Enf. Alessandra Calixto

Porto Alegre

2023

**CIP – Catalogação na Publicação**

ALINE MARIA DE MELLO

**DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL EDUCATIVO A PARTIR DO  
RASTREAMENTO DO CONSUMO DE ÁLCOOL DE PACIENTES INTERNADOS  
EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICA DE HOSPITAL GERAL**

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado ao Programa de Mestrado Profissional em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito parcial para a obtenção do título de mestra em Prevenção e Assistência em Saúde Mental e Transtornos Aditivos.

Aprovado em: 11 DE OUTUBRO DE 2023.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lisia Von Diemen

HCPA

---

Dr. Pedro Domingues Goi

HCPA

---

Prof. Dr. João Lucas Campos de Oliveira

UFRGS

*Dedico este trabalho à minha família: ao meu esposo João Figueiredo; e, ao meu filho João Pedro, por todo incentivo, apoio e compreensão.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à Deus, pela vida e por me encorajar a desenvolver esse desafio. Ao meu orientador, Flávio Pechansky, que esteve comigo nesta caminhada. Profissional excelente, que sempre esteve presente e me guiou com maestria nesse período. Obrigada por acreditar e me incentivar, compartilhando ensinamentos tão importantes para vida acadêmica e profissional.

À Professora Enaura Helena Brandão Chaves e Professor João Lucas Campos de Oliveira, que sempre me apoiaram para que este desafio fosse concluído. À enfermeira Alessandra Calixto, minha coorientadora, por ser extremamente paciente e transmitir inúmeros conhecimentos com tanta tranquilidade e sabedoria, participando de todas as etapas deste trabalho. Aos colegas do Mestrado, amigos que levarei para a vida.

À minha família: meu esposo João Batista e meu filho João Pedro e demais familiares; por fazerem parte da minha vida e me apoiarem em todas as minhas decisões. Aos amigos e colegas de trabalho; em especial minhas colegas de trabalho Marina Junges e Carina Cadorin; que sempre me apoiaram nesta trajetória. Obrigada a todos que de alguma forma contribuíram com esta pesquisa.

## RESUMO

O consumo do álcool em nossa sociedade tem conotação distinta em relação às demais substâncias psicoativas devido ao seu caráter lícito, o que dificulta o enfrentamento de problemas relacionados ao seu uso. O abuso de álcool e a dependência são considerados um problema de ordem social e de saúde pública, afetando a população em geral, o que impacta na demanda por leitos de hospitais de alta complexidade. Este estudo se propôs a analisar características do consumo de bebidas alcoólicas entre os paciente internados em unidades de internação clínicas de hospital geral, por meio da aplicação da escala AUDIT-C (*Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise*), verificar a associação entre fatores selecionados de seu perfil sociodemográfico e do escore AUDIT-C; além disso, a autora desenvolveu e validou um folder educativo para pacientes internados e que apresentem risco para alcoolismo, contribuindo para o avanço do conhecimento do tema e fornecendo subsídios para o planejamento da assistência do paciente alcoolista e para a prevenção da síndrome de abstinência severa. O estudo foi conduzido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre - um hospital público universitário - de outubro de 2021 a abril de 2022. Foram incluídos 194 pacientes adultos internados em unidades de internação clínica. Os dados foram acessados através de *query* anonimizada e prontuário eletrônico. Após análise dos dados verificou-se significância entre escore AUDIT-C elevado e: a) sexo masculino ( $p=0,013$ ); b) estado civil casado - como fator de proteção para homens ( $p=0,041$ ). O estudo foi realizado em duas fases interligadas, sendo elas: diagnóstico situacional e desenvolvimento e validação de conteúdo de material educativo. Os resultados da primeira fase foram estrategicamente utilizados para direcionar a construção de um material educativo para pacientes e familiares, na forma de folder, visando trazer benefícios à intervenção intra-hospitalar de casos de alcoolismo e seu adequado encaminhamento para as diferentes instâncias possíveis de atendimento. Foi realizada a primeira etapa do processo de validação do folder, através da avaliação do conteúdo por profissionais de saúde, pacientes e familiares. Os resultados permitiram conhecer a população estudada, mostrando ser possível minimizar a margem de pacientes identificados sem conhecimento do seu problema de saúde, evitando assim, agravamento de sintomas de abstinência severa na internação clínica. Tal estratégia sugere ser possível oferecer uma abordagem adequada aos problemas do álcool em um hospital geral, assim como o encaminhamento para a rede de saúde mental dos casos identificados.

Palavras-chave: alcoolismo; intervenção breve; rastreamento; educação em saúde.

## ABSTRACT

The consumption of alcohol in our society has a different connotation in relation to other psychoactive substances due to its legal nature, which makes it difficult to face problems related to its use. Alcohol abuse and dependence are considered a social and public health problem, affecting the general population, which impacts the demand for beds in highly complex hospitals. This study aimed to analyze characteristics of alcohol consumption among patients hospitalized in clinical inpatient units of a general hospital, through the application of the AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise) scale, to verify the association between selected factors their sociodemographic profile and AUDIT-C score; furthermore, the author developed and validated an educational folder for hospitalized patients at risk for alcoholism, contributing to the advancement of knowledge on the topic and providing support for planning care for alcoholic patients and preventing severe withdrawal syndrome. The study was conducted at Hospital de Clínicas de Porto Alegre - a public university hospital - from October 2021 to April 2022. 194 adult patients admitted to clinical inpatient units were included. Data were accessed through anonymized query and electronic medical records. After data analysis, there was significance between a high AUDIT-C score and: a) male sex ( $p=0.013$ ); b) married marital status - as a protective factor for men ( $p=0.041$ ). The study was carried out in two interconnected phases, being them: situational diagnosis and development and validation of educational material content. The results of the first phase were strategically used to direct the construction of educational material for patients and families, in the form of a folder, aiming to bring benefits to the intra-hospital intervention of cases of alcoholism and their appropriate referral to the different possible instances of care. The first stage of the folder validation process was carried out, through content evaluation by health professionals, patients and family members. The results allowed us to understand the studied population, showing that it is possible to minimize the margin of patients identified without knowledge of their health problem, thus avoiding the worsening of severe withdrawal symptoms during clinical hospitalization. This strategy suggests that it is possible to offer an adequate approach to alcohol problems in a general hospital, as well as referral to the mental health network of identified cases.

Keywords: alcoholism; brief intervention; screening; health education.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|   |    |
|---|----|
| <b>Fluxograma 1.</b> Ações de Equipe de Enfermagem.....   | 20 |
| <b>Fluxograma 2.</b> Abordagem do paciente com AUDIT $\geq$ 8 – Ações da Equipe Médica .....                        | 21 |
| <b>Tabela 1.</b> Associação entre variáveis e Escala AUDIT-C .....  | 25 |
| <b>Tabela 2.</b> Número e frequência da classificação da escala AUDIT-C dos participantes da pesquisa (n=194) ..... | 25 |
| <b>Gráfico 1.</b> Frequência da classificação AUDIT-C conforme o sexo .....   | 26 |
| <b>Gráfico 2.</b> Frequência da classificação AUDIT-C conforme estado civil .....                                   | 27 |
| <b>Gráfico 3.</b> Frequência da classificação AUDIT-C conforme escolaridade .....                                   | 28 |
| <b>Gráfico 4.</b> Frequência da classificação AUDIT-C conforme etnia.....   | 28 |
| <b>Gráfico 5.</b> Frequência da classificação AUDIT-C conforme religião .....                                       | 29 |
| <b>Gráfico 6.</b> Frequência da classificação AUDIT-C conforme ocupação .....                                       | 29 |
| <b>Figura 1.</b> Folder educativo desenvolvido pelo estudo .....  | 30 |

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

|         |   |
|---------|---|
| AUDIT   | Alcohol Use Disorders Identification Test               |
| AUDIT-C | Alcohol Use Disorders Identification Test - Concise     |
| CNS     | Conselho Nacional de Saúde                              |
| DT      | Delirium Tremens  |
| HCPA    | Hospital de Clínicas de Porto Alegre                    |
| MEC     | Ministério da Educação                                  |
| NIAAA   | National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism      |
| OMS     | Organização Mundial da Saúde                            |
| SAA     | Síndrome de Abstinência Alcoólica                       |
| SBIRT   | Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment |
| SNC     | Sistema Nervoso Central                                 |
| SPAs    | Substâncias Psicoativas                                 |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido              |
| UFRGS   | Universidade Federal do Rio Grande do Sul               |
| WHO     | World Health Organization                               |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>11</b> |
| 1.1 JUSTIFICATIVA .....   | 16        |
| 1.2 OBJETIVOS .....   | 17        |
| <b>2 MÉTODO</b> .....   | <b>18</b> |
| 2.1 FASE 1 - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL .....  | 18        |
| 2.1.1 Tipo de Estudo .....  | 18        |
| 2.1.2 Local de Estudo.....  | 18        |
| 2.1.3 Coleta e tratamento dos dados .....   | 18        |
| 2.1.4 Análise de Dados.....   | 21        |
| 2.1.5 Aspectos Éticos.....  | 22        |
| 2.2 FASE 2 - DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO MATERIAL EDUCATIVO .....                               | 22        |
| 2.2.1 Avaliação por Especialistas e público alvo .....  | 23        |
| <b>3 RESULTADOS</b> .....   | <b>24</b> |
| 3.1 FASE 1 .....  | 24        |
| 3.1.1 Características sociodemográficas .....   | 24        |
| 3.1.2 Número de participantes e frequência da classificação da escala AUDIT-C.....                          | 25        |
| 3.1.3 Associação da classificação da Escala AUDIT-C e variável sexo.....                                    | 26        |
| 3.1.4 Associação da classificação da Escala AUDIT-C e variável estado civil .....                           | 27        |
| 3.1.5 Associação da classificação da Escala AUDIT-C e demais variáveis.....                                 | 27        |
| 3.2 FASE 2 (FOLDER) .....   | 29        |
| <b>4 DISCUSSÃO</b> .....  | <b>31</b> |
| <b>5 CONCLUSÕES</b> .....   | <b>34</b> |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>35</b> |
| <b>APÊNDICE A – FICHA AVALIATIVA DO CONTEÚDO DO FOLDER DO “ALCOOLISMO”</b> .....                            | <b>38</b> |
| <b>ANEXO A - Equivalência da quantidade de álcool em diferentes bebidas, em termos de dose-padrão</b> ..... | <b>40</b> |
| <b>ANEXO B- Formulário AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test - Concise)</b> .....               | <b>41</b> |
| <b>ANEXO C - Protocolo Assistencial de Identificação e Manejo do Consumo de Álcool...</b>                   | <b>42</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

O álcool é a substância psicoativa mais consumida em todo o mundo. Dado ao seu fácil acesso e disponibilidade, contribui significativamente para gerar danos individuais, familiares, sociais e laborais. O consumo do álcool tem conotação distinta de boa parte das demais substâncias psicoativas devido ao seu caráter lícito em nossa sociedade, o que viabiliza sua aceitação social e dificulta o enfrentamento de problemas relacionados ao seu uso. O abuso de álcool e a dependência são considerados um problema de ordem social e de saúde pública - afetando a população, independentemente de cor, gênero, idade, classe social ou escolaridade (ARAÚJO *et al.*, 2015).

O uso do álcool nos últimos anos tem sido considerado um grave problema de saúde pública, afetando milhões de pessoas em todo o mundo (OPAS, 2020), e seu uso nocivo pode gerar problemas crônicos e agudos (MANGUEIRA *et al.*, 2015).

O uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo, relacionado a 3 milhões de mortes apenas em 2016. No Brasil, a Organização Mundial da Saúde reportou haver associação de 69,5% e 42,6% dos índices de cirrose hepática, a 36,7% e 23% dos acidentes de trânsito e a 8,7% e 2,2% dos índices de câncer, respectivamente, entre homens e mulheres em 2016. Especificamente sobre os transtornos relacionados ao uso do álcool, estima-se que 4,2% (6,9% entre homens e 1,6% entre mulheres) dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência (WHO, 2018).

O consumo excessivo de álcool pode ocasionar diversos prejuízos à saúde tanto na dimensão biológica quanto psicológica, social e econômica (MALTA *et al.*, 2014). A precocidade do consumo de álcool resulta em prejuízos no desempenho escolar e pode se expressar através da adoção de comportamentos de risco como uso de drogas ilícitas, tabagismo, gravidez precoce, violência e colisões de trânsito (MARSHALL, 2014). O uso abusivo e dependente do álcool ocasiona problemas ao sujeito e seu contexto social: o álcool é vinculado às festividades, reuniões, cerimônias religiosas, eventos culturais e sociais. Nesse contexto de ubiquidade, inúmeras situações de risco podem provocar não só o uso excessivo do álcool, como a sua reincidência: emoções negativas, pressão social, situações difíceis, má gestão de problemas físicos e psicológicos e sintomas de abstinência.

O uso de álcool causa riscos ou danos importantes ao indivíduo, pode ocorrer de diferentes maneiras como o consumo elevado diário, episódios repetitivos de beber até causar intoxicação, consumo que leva a danos físicos ou mentais, consumo que ocasiona o desenvolvimento de dependência ao álcool ou aumento da quantidade ingerida (BABOR;

HIGGINS-BIDDLE, 2001). As consequências do uso de álcool oneram a sociedade, gerando custos para o sistema de saúde, judiciário, previdenciário, perda de produtividade do trabalho, absenteísmo, desemprego, entre outros. Destaca-se que em todo mundo as faixas etárias mais jovens (20-49 anos) são as mais afetadas em relação a mortes associadas ao uso do álcool, traduzindo-se como uma maior perda de pessoas economicamente ativas (WHO, 2018).

Em meio às condições de vida da população, observam-se diversos hábitos construídos socialmente, no grupo familiar e outros grupos sociais; dentre esses hábitos se destaca a ingestão de bebidas alcoólicas - que apesar do eventual impacto desfavorável na vida do indivíduo e do seu grupo familiar, repercute na sociedade como um todo. A identificação do perfil sociodemográfico de pacientes que apresentam uma relação alterada com seu hábito de beber se faz necessária para a intervenção preventiva de problemas de saúde. Desta forma, o conhecimento do perfil sociodemográfico do uso de álcool pelos habitantes de um local ou nos serviços de saúde onde eles são atendidos se torna uma importante ferramenta para o planejamento de intervenções assistenciais em saúde (WACKERNAH *et al.*, 2014). A observação de fatores socioeconômicos e demográficos - tais como idade, escolaridade, ocupação, sexo, religião e estado civil são importantes, pois influenciam os determinantes de risco relacionados ao processo saúde/doença (BARROS *et al.*, 2012).

Entre 20 e 58% dos pacientes internados em hospitais gerais apresentam problemas relacionados ao uso de bebidas alcoólicas (MOREIRA *et al.*, 1980). A pessoa alcoólica, internada em hospital geral, precisa de cuidados preventivos ao agravamento da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA), assim como possíveis encaminhamentos a serviços de apoio e especializados após a alta hospitalar para o planejamento dos cuidados em saúde com vistas a reduzir o impacto no desfecho clínico. No hospital, através de assistência planejada pode-se realizar a detecção do alcoolismo, da SAA, o manejo clínico preventivo, acompanhamento especializado quando necessário, e encaminhamento para tratamento pós-alta. A não identificação do alcoolismo e SAA em pacientes internados pode gerar inúmeras intercorrências, dificultando o tratamento da patologia que originou a internação e podendo, em casos extremos, levar à morte (VILLAR *et al.*, 2016).

A SAA indica a existência de dependência alcoólica grave. Trata-se de um conjunto de sinais e sintomas que surgem já nas primeiras seis horas após uma redução parcial ou total do consumo de álcool, voluntária ou não, e que varia quanto à intensidade e gravidade. Esses sintomas resultam de um processo de neuroadaptação que ocorre no sistema nervoso central (SNC), e estão relacionados à alteração nos níveis de liberação de noradrenalina e dopamina 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. Podem ocorrer sinais e sintomas como hiperatividade autonômica (sudorese ou frequência cardíaca maior que 100 bpm), tremor aumentado nas mãos, insônia, náusea ou vômitos, alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias, agitação psicomotora, ansiedade, convulsões tônico-clônicas generalizadas. Em casos extremos, os sintomas podem evoluir para delirium tremens (DT) (LARANJEIRA *et al.*, 2010)..

O DT é a complicação mais grave da SAA, onde o paciente apresenta alterações no estado mental e sintomas desde sonolência e apatia até desorientação, alucinações e irritabilidade. A taxa de mortalidade para os pacientes hospitalizados varia entre 1 a 4%. Essa taxa pode ser reduzida se o diagnóstico for feito com rapidez e os sintomas tratados de forma adequada (SCHUCKIT, 2014). De acordo com a Associação Psiquiátrica Americana, “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).

Outros elementos importantes da abstinência alcóolica que envolvem identificação precoce são a hipovitaminose e a síndrome de Wernicke-Korsakoff; esta consiste em encefalopatia, movimento muscular descoordenado e fraqueza muscular ocular, resultante da neuropatia periférica caracterizada por formigamento ou dormência, especialmente nas mãos e nos pés e que aumenta o risco de quedas e traumatismos (WACKERNAH *et al.*, 2014).

Na prática profissional, e de acordo com a literatura (PECHANSKY *et al.*, 1984) fica evidente que muitas vezes a pessoa com transtorno por uso de álcool irá ingressar no serviço de saúde por meio de outra especialidade médica, e não de uma unidade preparada para o tratamento para uso de álcool. Entende-se que a avaliação do paciente começa na anamnese; esta deve abranger, no levantamento do histórico do paciente, perguntas sobre os hábitos de consumo de substâncias psicoativas (SPAs) - sobretudo o álcool e seus problemas derivados. Após essa avaliação inicial e durante a internação do paciente, pode-se obter informações que sugerem necessidade de uma intervenção focada no problema, levantando-se hipóteses e avaliando a motivação do paciente para aderir aos cuidados pós-alta relacionados ao seu consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas. Estas intervenções podem ser conduzidas por meio de diferentes técnicas de avaliação e abordagem e já foram propostas nas últimas décadas para o tema do alcoolismo em hospital geral.

A que parece apresentar melhores resultados é o *SBIRT* (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment), traduzida para o português como Rastreamento, Intervenção Breve e Encaminhamento para Tratamento. Esta abordagem foi desenvolvida para prevenir e

identificar risco precoce no uso de substâncias em ambientes clínicos, assim como o risco associado ao uso crônico (UMKC, 2013). A Organização Mundial da Saúde (OMS) e diversas instituições americanas como por exemplo o American College of Emergency Physicians, a American Medical Association, o American College of Surgeons, o National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) e o National Highway and Traffic Safety Administration - recomendam seu uso. (BACIDORE *et al.*, 2017).

O SBIRT tem sido amplamente estudado e tem como pressuposto guiar os profissionais quanto ao rastreamento universal de SPAs, a Intervenção Breve (IB) a partir de uma abordagem motivacional e livre de julgamento, bem como o encaminhamento para tratamento conforme as necessidades individuais (LANDY *et al.*, 2016).

Há inúmeras evidências - demonstradas em ensaios clínicos controlados, revisões sistemáticas e metanálises - de que o SBIRT é efetivo em reduzir o consumo de álcool e as consequências desastrosas do seu uso abusivo em pacientes da atenção primária e de outros serviços de saúde, incluindo hospitais e serviços de emergência. Além disso, o SBIRT é uma estratégia custo-efetiva e reduz custos na área da saúde (SAMHSA, 2011).

Dentre os instrumentos de rastreio testados e validados, destaca-se o “Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)”, de aplicação breve e que considera a cronologia do uso de bebidas alcoólicas, pois possui perguntas relacionadas ao uso no último ano (WHO, 2001). É um instrumento de autorrelato desenvolvido para identificar vários padrões de uso de álcool, de fácil aplicação e correção e com validação transcultural para o Brasil. Este instrumento é utilizado para ações de prevenção, realizadas em serviços de diferentes níveis e diferentes contextos (BABOR; HIGGINS-BIDDLE, 2001). A escala AUDIT tem sido utilizada internacionalmente por profissionais da saúde para identificação de grupos de risco e rastreamento do uso problemático de álcool (WHO, 2012); Tem como objetivo rastrear comportamentos de uso de álcool que possam conferir risco à saúde relacionados ao alcoolismo ou mesmo à SAA. Quando associado à intervenção breve, o AUDIT facilita a aproximação inicial e permite um retorno (*feedback*) objetivo para o paciente, possibilitando assim a introdução dos procedimentos de intervenção breve e a motivação para a mudança de comportamento (BABOR *et al.*, 2001).

É importante e clinicamente vantajoso aplicar a escala AUDIT em pacientes hospitalizados para tratamento de inúmeras comorbidades clínicas, uma vez que se trata de um instrumento válido para obter o padrão do consumo de bebidas alcoólicas - além de constituir uma importante ferramenta na mobilização e proposição de intervenções adequadas, evitando a SAA na internação hospitalar.

A estrutura original da escala AUDIT apresentada pela OMS propõe três fatores com os seguintes domínios teóricos: “consumo” (Anexo A), “sintomas de dependência” e “problemas ou consequências relacionadas ao uso de álcool” (WHO, 2001).

O AUDIT-C (“Alcohol Use Disorders Identification Test – Concise”) é um teste rápido, de apenas três perguntas, que pode auxiliar na identificação do padrão de consumo, abusivo ou dependente de álcool. Ele é uma versão modificada e mais simples do AUDIT. A diferença entre os dois é que o AUDIT completo oferece a magnitude do risco (se o usuário é dependente ou se faz uso abusivo, por exemplo) e sugestões de encaminhamentos de acordo com a pontuação obtida. Porém, a falta de tempo pode ser um obstáculo importante para a avaliação adequada do consumo de álcool em pacientes, de acordo com profissionais de saúde; dessa forma, foi necessário o desenvolvimento de métodos de rastreamento de aplicação mais rápida, mantendo sensibilidade e especificidade adequadas (NORDQVIST; JOHANSSON; BENDTSEN, 2004).

Estudos aprovaram as perguntas do AUDIT-C, independentemente da quantidade de álcool consumida - o que permitiu uma identificação dos tipos de consumo (CAMPOS; RIBEIRO, 2012). O rastreio é fundamental, já que foi demonstrado que os consumidores excessivos reduzem os níveis de consumo após serem identificados e terem sido alvo de intervenções breves ou planos de tratamento. Após rastreio e identificação do público com necessidade de intervenção relacionada ao alcoolismo, faz-se necessário educação em saúde focada nesta problemática.

Um aspecto paralelo à obtenção de informações por escalas do tipo AUDIT é a educação do paciente. Sabe-se que neste processo a informação verbal e a escrita são importantes e complementares. Tem-se ainda a possibilidade de o paciente não entender a informação verbal, esquecer-la ou rejeitá-la por isso, o material educativo impresso tem sido utilizado como ferramenta de reforço das orientações verbais para melhorar o conhecimento, a satisfação, a aderência ao tratamento e o autocuidado de pacientes (OLIVEIRA; LOPES; FERNANDES, 2014). Em muitos casos os tratamentos são negligenciados por familiares, simplesmente por não possuírem um repertório comportamental amplo e variado para lidar com as dificuldades decorrentes da doença. Neste sentido, a adoção de materiais educativos é importante para auxiliar no desenvolvimento destas habilidades e no enfrentamento de fatores potencialmente estressantes relacionados à doença e ao tratamento (COSTA-JÚNIOR, 2001).

Materiais que possuem conteúdos educativos são dispositivos facilitadores do processo ensino-aprendizagem, permitindo transferência de conhecimento mediante envolvimento e participação do indivíduo e possibilitando troca de experiências conducentes ao aprimoramento



de habilidades (BARROS *et al.*, 2012). Esses materiais têm sido largamente utilizados para educação em saúde, a qual representa veículo de socialização de conhecimento para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população (SALCI *et al.*, 2013).

Define-se material educativo impresso como folhetos, panfletos, folder ou livreto - cuja proposta é proporcionar informação sobre promoção da saúde, prevenção de doenças, modalidades de tratamento e autocuidado (BERNIER, 1996). Cabe destacar que materiais informativos na área da saúde se caracterizam por conter conceitos científicos não conhecidos pelo público leigo, através de linguagem simples e acessível. Abordam as principais características, informações, tratamentos e cuidados, além de favorecer a aceitação da doença. Podem, ainda, ser utilizados como um guia de orientações para casos de dúvidas no cotidiano, ou uma ferramenta auxiliar na tomada de decisões relacionadas ao tratamento de saúde.

### 1.1 JUSTIFICATIVA

Devido ao consumo alcoólico excessivo a nível mundial e às desastrosas consequências geradas pelo alcoolismo, conhecer o perfil sociodemográfico da população sob risco é extremamente relevante para compreender e auxiliar pacientes e familiares com o objetivo de evitar tais consequências. A busca incessante por conhecimento em prol dos indivíduos acometidos pode favorecer a prevenção de seus impactos futuros e a reincidência, evitando cenários de extremo abalo psicológico gerado a pacientes e familiares. Nesse contexto, o trabalho dos profissionais de saúde deve ser direcionado à educação em saúde, com base na prevenção do alcoolismo. Além disso, faz-se necessário que esses profissionais busquem melhorias relacionadas ao tratamento, ampliando o conhecimento para auxiliar o dependente a alcançar a reabilitação e a abstinência permanente.

Conhecer o perfil sociodemográfico desta população, bem como associá-lo a um escore obtido através de um instrumento padronizado obtido no momento da internação clínica, podem ser mecanismos úteis para gerar evidências que contribuam para a compreensão e enfrentamento efetivos dessa problemática. A partir disso, pretende-se constituir subsídios para a manutenção de um plano de cuidados condizente com as reais necessidades da população estudada, pois quanto maior conhecimento acerca desta problemática, maior a possibilidade de agir sobre eles com antecipação para evitá-los, transformando as condições que propiciem que um indivíduo ou grupo adquira a doença ou o dano.

## 1.2 OBJETIVOS

Analisar características do consumo de bebidas alcoólicas entre os pacientes internados em unidades de internação clínica de hospital geral de Porto Alegre.

Verificar a associação entre fatores sociodemográficos selecionados e o escore AUDIT-C dos pacientes internados em unidades de internação clínica de hospital geral de Porto Alegre.

A partir dos achados obtidos, elaborar e validar material educativo para pacientes hospitalizados que apresentam consumo de risco de bebidas alcoólicas.

## 2 MÉTODO

Este estudo ocorreu em duas etapas interligadas.

### 2.1 FASE 1 - DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

#### 2.1.1 Tipo de Estudo

A primeira parte deste projeto foi um estudo transversal, retrospectivo, quantitativo, realizado com pacientes internados em unidades de internação clínica adulta de um hospital geral universitário.

#### 2.1.2 Local de Estudo

Este estudo foi realizado em duas unidades clínicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição pública e universitária, em atuação desde 1971, de caráter geral, vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), integrante da rede de hospitais do Ministério da Educação e conectada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Foi o primeiro hospital universitário público no país a receber o selo de acreditação internacional pela Joint Commission International (HCPA, 2022).

No ano de 2022, o HCPA apresentou como produção assistencial um total de 31.499 internações hospitalares, considerando todos os setores. A taxa média de ocupação de leitos anual foi de 82,5% para leitos clínicos e a média de permanência do paciente na internação hospitalar clínica foi de 8,3 dias (HCPA,2022).

#### 2.1.3 Coleta e tratamento dos dados

Para este estudo foram utilizados dados secundários coletados a partir da pesquisa *Estudo da Implementação de Protocolos Assistenciais de Rastreamento e de Tratamento para Transtorno por Uso de Álcool em Pacientes Internados em Hospital Geral Universitário*, número do GPPG: .2022-0252 (Investigadora Principal: Von Diemen, L (2021).

Os dados da escala AUDIT-C foram coletados por enfermeiros, no momento da admissão do paciente, quando é realizada a anamnese, nas unidades de internação clínica 6º Norte, com foco em Neurologia e 7º Norte, com foco em saúde do Idoso. Os enfermeiros

alocados nessas unidades foram treinados previamente para aplicação da escala AUDIT-C no momento da admissão do paciente por enfermeiras especialistas em transtornos aditivos; esse treinamento durou 2 meses. Nessas unidades, iniciou-se o rastreamento do uso de álcool pelo uso do instrumento de avaliação em todos os pacientes que internaram nos meses de outubro de 2021 a abril de 2022. Neste período internaram 1.532 pacientes, e após análise de dados, observou-se que o preenchimento completo da escala foi realizado em 842 (54,9%) pacientes no momento da anamnese de enfermagem.

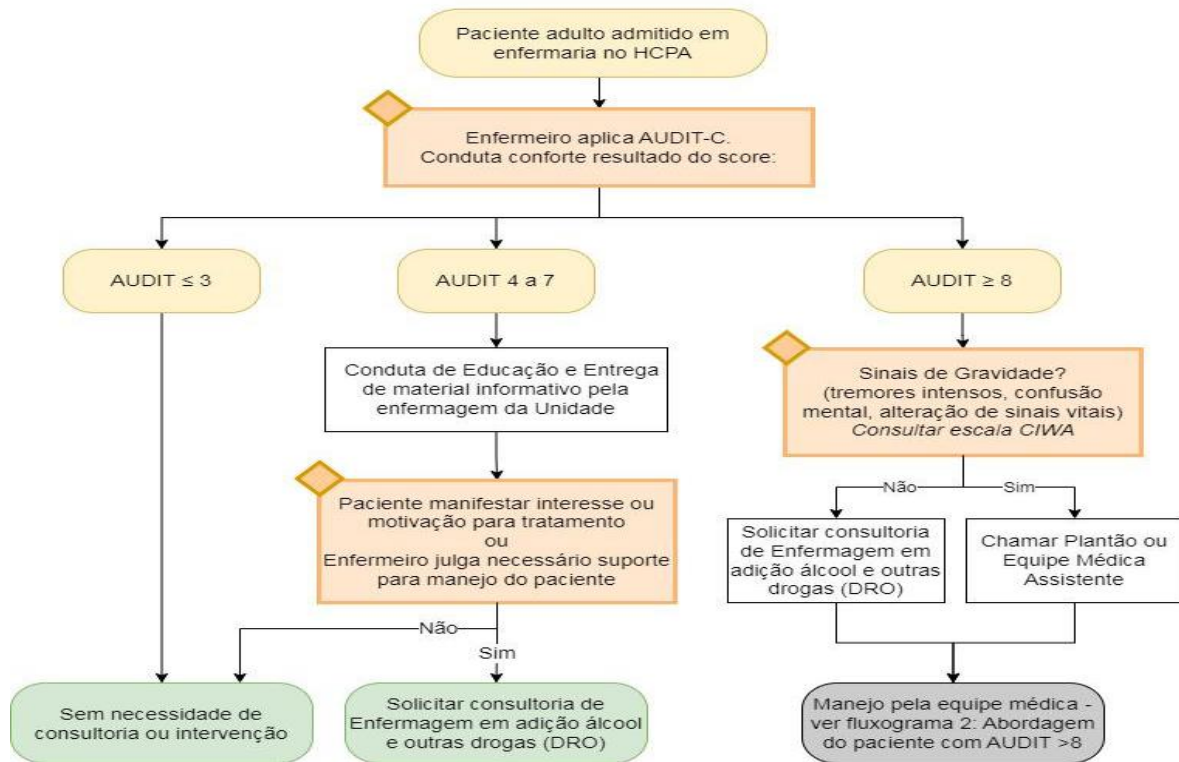
A Escala AUDIT-C é um instrumento composto por três itens com respostas estruturadas, em escala ordinal, sobre o consumo de álcool nocivo ou de risco nos últimos 12 meses. A pontuação é obtida somando as opções que o respondente assinala, totalizando até 12 pontos. As três questões apresentam cinco possibilidades de resposta, com valores que variam de zero a quatro. Quanto aos resultados, 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, a 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 entre 8 a 12 pontos, risco severo. Para triagem e manejo efetivo, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre possui protocolo de atendimento especializado para os pacientes conforme resultado da AUDIT-C. O protocolo classifica os riscos em quatro níveis: baixo risco de 0 a 3, moderado risco de 4 a 5, alto risco de 6 a 7 e risco severo de 8 a 12 no score da escala AUDIT-C.

Para melhor compreensão dos dados, foram eliminados deste estudo todos os pacientes que pontuaram zero (n:648) na escala AUDIT-C, por serem abstêmios. Optou-se por considerar qualquer consumo de álcool como um comportamento potencial de risco, uma vez que este consumo estaria potencialmente associado aos problemas clínicos que indicaram a internação hospitalar dos pacientes, podendo impactar no desfecho. Assim, considerou-se os pacientes que pontuaram de 1 a 12 na escala, totalizando 194. Optou-se também por aglutinar os dados encontrados nas classificações MODERADO e ALTO RISCO, por estes receberem a mesma intervenção no protocolo de atendimento da instituição.

As informações sociodemográficas complementares às *queries* foram acessadas a partir do prontuário eletrônico com a coleta de dados sociodemográficos (religião, ocupação, idade, sexo, escolaridade e estado civil) e associadas aos escores AUDIT-C encontrados.

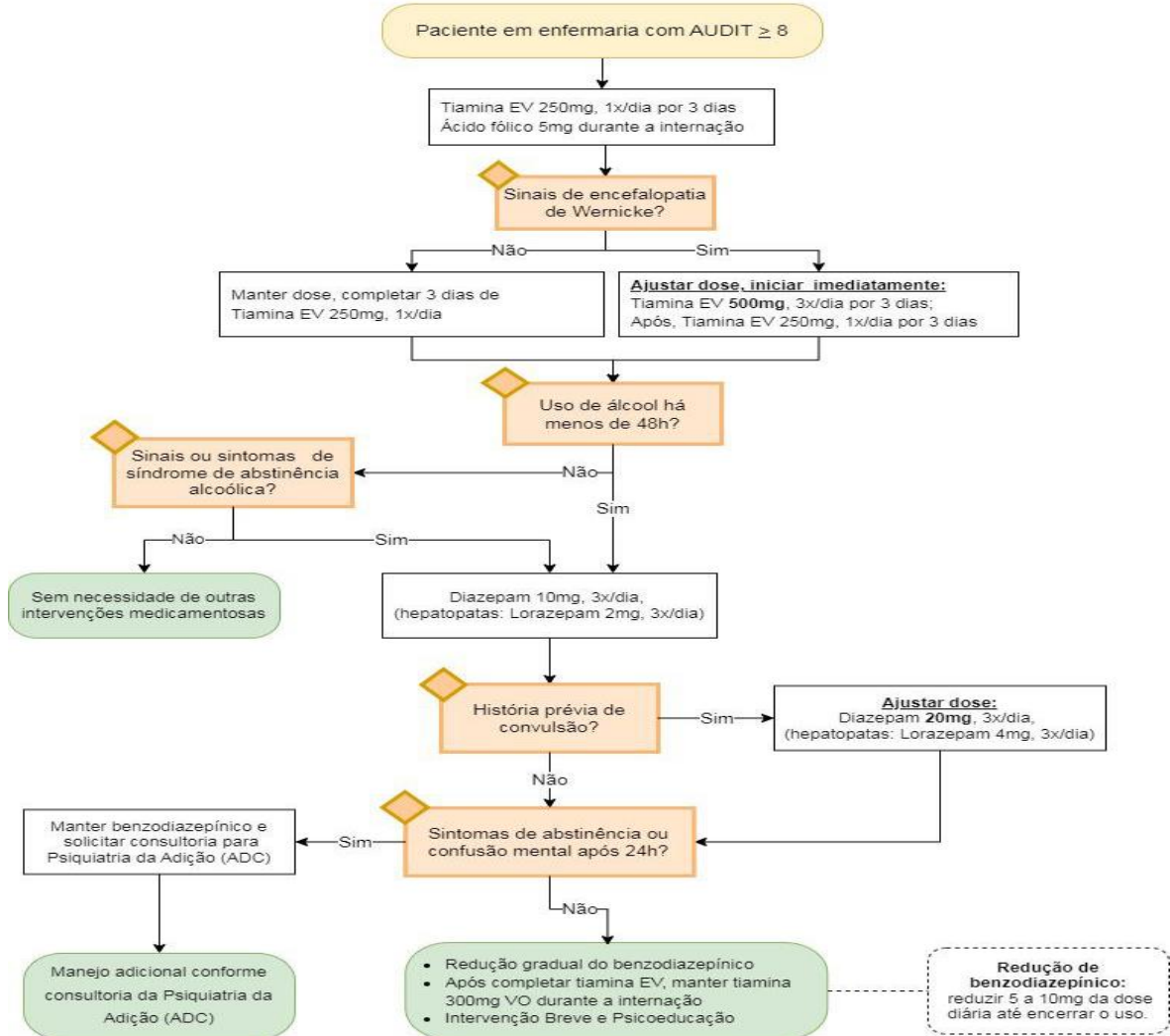
O Fluxograma 1 (ANEXO C) descreve o protocolo para triagem do uso do Álcool e Síndrome de Abstinência Alcoólica:

### Fluxograma 1. Ações de Equipe de Enfermagem



O Fluxograma 2 (ANEXO C) descreve o protocolo de ações de abordagem médica para pacientes com AUDIT ≥ 8.

## Fluxograma 2. Abordagem do paciente com AUDIT $\geq 8$ – Ações da Equipe Médica



### 2.1.4 Análise de Dados

A análise descritiva dos dados foi realizada por número absoluto e frequência para as variáveis categóricas e por média e desvio padrão para as variáveis quantitativas. A associação entre a Escala AUDIT-C e as variáveis sociodemográficas foi avaliada por teste de Qui-quadrado. A diferença de idade entre as classificações foi realizada por teste de ANOVA de uma via com pós teste de Tukey, assumindo a distribuição normal dos dados para esta variável. As análises foram realizadas utilizando o software estatístico SPSS versão 21, considerando o nível de confiança de 95%.

### 2.1.5 Aspectos Éticos

Todos os princípios éticos foram respeitados em relação ao acesso e à análise dos dados, quanto às normas de pesquisa em saúde, atendendo a resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Este projeto foi conduzido zelando pela confidencialidade dos dados e privacidade dos participantes, de acordo com as resoluções CNS 466/2012 e CNS 510/2016, bem como as demais normativas e legislações vigentes e aplicáveis.

Os autores declaram conhecer e cumprir os requisitos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018) quanto ao tratamento de dados pessoais sensíveis que foram utilizados para a execução do presente projeto de pesquisa: a privacidade foi preservada, sem divulgação de características que pudessem comprometer o anonimato.

Os dados do estudo foram coletados exclusivamente por *query* anonimizada, não tendo sido realizada qualquer pesquisa que identificasse os pacientes em estudo. Na *query*, foram coletados os escores AUDIT-C e fatores sociodemográficos selecionados (idade, sexo, escolaridade, estado civil, etnia, religião e ocupação) foram acessados por prontuário eletrônico. Não foram solicitados número de prontuário, iniciais dos pacientes ou leito de internação. Somente o pesquisador responsável e um assistente de pesquisa tiveram acesso aos dados oriundos das queries.

Não foi aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por ser esta uma coleta de dados retrospectiva de forma aleatória, em banco de dados secundário, sem identificação do paciente, oferecendo riscos mínimos ou isenção de riscos. Essas informações foram utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto e os resultados serão divulgados sem a identificação dos participantes. Após o término desta pesquisa análise haverá retorno dos resultados do estudo para o HCPA.

## 2.2 FASE 2 - DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO MATERIAL EDUCATIVO

Após coleta e análise de dados foi elaborado um folder educativo para ser entregue para os pacientes que pontuaram igual ou maior de quatro pontos na escala AUDIT-C durante a internação conforme o Fluxograma 1, por ser este recorte utilizado como parâmetro para identificação de problemas relacionados ao álcool. O folder educativo é um impresso de pequeno porte, constituído de uma só folha de papel com uma ou mais dobras, e que apresenta conteúdo informativo ou publicitário. Foram selecionados assuntos relevantes ao público

dirigido, como a identificação dos problemas relacionados ao comportamento de beber, conceito de alcoolismo, e serviços de ajuda (PAULA; CARVALHO, 2014).

Para elaboração do folder, os dados oriundos do estudo primário foram analisados para conhecimento do perfil da população a quem o material educativo será dirigido. Adicionalmente, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre alcoolismo, versando sobre possíveis sintomas de abstinência, locais de tratamento, telefones de ajuda, manejo de fissura, tratamento familiar e grupos de mútua ajuda familiar, sintomas de abstinência, comportamento de uso e prevenção da recaída.

### **2.2.1 Avaliação por Especialistas e público alvo**

Em uma fase inicial do processo de validação do material educativo, foi disponibilizada uma primeira versão do conteúdo para dez profissionais da saúde da equipe multidisciplinar que atuam no HCPA, (seis enfermeiras, dois médicos, uma psicóloga e uma assistente social), cinco pacientes (quatro do sexo masculino e um do sexo feminino), internados nas unidades de internação clínica e cinco familiares de pacientes internados (três do sexo feminino e dois do sexo masculino), visando adequação de linguagem e validação do folder; essa avaliação foi realizada através de ficha avaliativa (Apêndice A). Para esse projeto as demais etapas típicas de validação subsequente a este processo não foram realizadas.



### **3 RESULTADOS**

#### **3.1 FASE 1**

Conforme mencionado anteriormente, a amostra investigada foi de 194 pacientes, incluindo todos os que atingiram o escore de 1 a 12 na escala AUDIT-C.

##### **3.1.1 Características sociodemográficas**

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra em estudo, associadas às categorias de escore da escala AUDIT-C. Houve o predomínio do sexo masculino (68,6%), a faixa etária variou entre 20 a 93 anos (média de 57 anos e mediana de 58,5 anos). Quanto à escolaridade, houve predomínio de indivíduos com ensino fundamental (53,1%), o estado civil prevalente foi solteiro (42,3%), a etnia dominante foi branca (87,6%), e a religião foi católica (16,5%). Quanto à ocupação, a maioria dos indivíduos não tinha ocupação definida (36,1%).

**Tabela 1.** Associação entre variáveis e Escala AUDIT-C

| <b>Variável</b>         | <b>n (%)</b> | <b>Baixo risco</b> | <b>Risco moderado/alto</b> | <b>Risco Severo</b> | <b>Valor de p</b> |
|-------------------------|--------------|--------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|
| <i>Idade (média±DP)</i> | 57,1 (15,5)  | 58,4 (16,4)        | 53,9 (15,2)                | 55,3 (9,3)          | 0,235             |
| <i>Sexo</i>             |              |                    |                            |                     | 0,013             |
| Feminino                | 61 (31,4)    | 48 (78,8)*         | 11 (18,0)                  | 2 (3,3)             |                   |
| Masculino               | 133 (68,6)   | 81 (60,9)          | 29 (21,8)                  | 23 (17,3)*          |                   |
| <i>Escolaridade</i>     |              |                    |                            |                     | 0,106             |
| Sem instrução           | 3 (1,5)      | 1 (33,3)           | 1 (33,3)                   | 1 (33,3)            |                   |
| Ensino fundamental      | 103 (53,1)   | 70 (68,0)          | 18 (17,5)                  | 15 (14,6)           |                   |
| Ensino médio            | 60 (30,9)    | 44 (73,3)          | 11 (18,3)                  | 5 (8,3)             |                   |
| Ensino Superior         | 16 (8,2)     | 10 (62,5)          | 4 (25,0)                   | 2 (12,5)            |                   |
| <i>Estado civil</i>     |              |                    |                            |                     | 0,041             |
| Solteiro                | 82 (42,3)    | 49 (59,8)          | 20 (24,4)                  | 13 (15,9)           |                   |
| Casado                  | 71 (36,6)    | 56 (78,9)*         | 11 (15,5)                  | 4 (5,6)             |                   |
| Divorciado              | 20 (10,3)    | 14 (70,0)          | 2 (10,0)                   | 4 (20,0)            |                   |
| Viúvo                   | 14 (7,2)     | 8 (57,1)           | 3 (21,4)                   | 3 (21,4)            |                   |
| <i>Etnia</i>            |              |                    |                            |                     | 0,781             |
| Branca                  | 170 (87,6)   | 115 (67,6)         | 33 (19,4)                  | 22 (12,9)           |                   |
| Parda                   | 5 (2,6)      | 3 (60,0)           | 2 (40,0)                   | 0                   |                   |
| Preta                   | 18 (9,3)     | 10 (55,6)          | 5 (27,8)                   | 3 (16,7)            |                   |
| <i>Religião</i>         |              |                    |                            |                     | 0,739             |
| Católica                | 32 (16,5)    | 21 (65,6)          | 6 (18,8)                   | 5 (15,6)            |                   |
| Outras religiões        | 5 (2,6)      | 2 (40,0)           | 2 (40,0)                   | 1 (20,0)            |                   |
| <i>Ocupação</i>         |              |                    |                            |                     | 0,410             |
| Trabalho formal         | 42 (21,6)    | 28 (66,7)          | 7 (16,7)                   | 7 (16,7)            |                   |
| Aposentado              | 24 (12,4)    | 20 (83,3)          | 4 (16,7)                   | 0                   |                   |
| Sem ocupação definida   | 70 (36,1)    | 44 (62,9)          | 15 (21,4)                  | 11 (15,7)           |                   |

### 3.1.2 Número de participantes e frequência da classificação da escala AUDIT-C

Observou-se que 129 pacientes, perfazendo um total de 66,5% apresentaram baixo risco para alcoolismo na amostra (Tabela 2). Porém, não foram eliminados deste estudo por considerar qualquer consumo de álcool um comportamento de risco, já que associado aos problemas clínicos que indicaram a internação hospitalar podem impactar no desfecho.

**Tabela 2.** Número e frequência da classificação da escala AUDIT-C dos participantes da pesquisa (n=194)

| <b>Escala AUDIT-C</b>            | <b>n</b> | <b>%</b> |
|----------------------------------|----------|----------|
| <b>BAIXO RISCO 1 a 3</b>         | 129      | 66,5     |
| <b>RISCO MODERADO/ALTO 4 a 7</b> | 40       | 20,6     |
| <b>SEVERO RISCO 8 a 12</b>       | 25       | 12,9     |

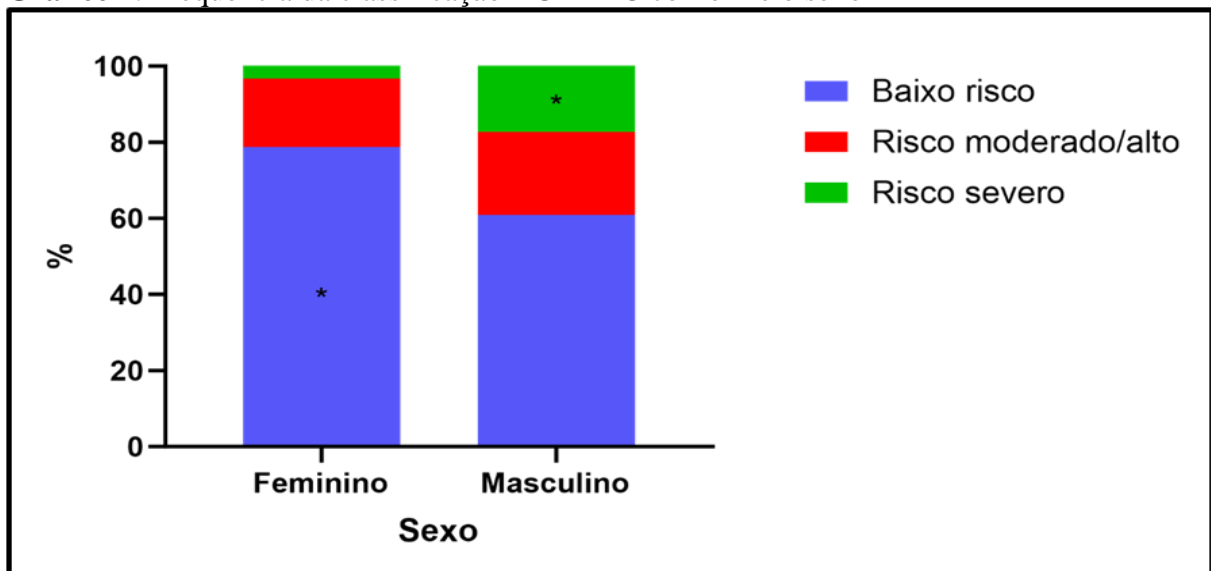
Observou-se que 40 pacientes obtiveram escore moderado e alto, totalizando 20,6% da amostra. Por não haver diferença de conduta no protocolo de atendimento utilizado pela instituição para pacientes que apresentam escore de moderado e alto risco optou-se por aglutinar essas categorias (Tabela 2). O protocolo de atendimento desses escores preconiza manejo específico através de consultoria em Enfermagem em adição de álcool e outras drogas e educação ao paciente e família, contemplado em folder educativo desenvolvido neste estudo.

Quanto ao escore de risco severo, foram classificados 25 pacientes (12,9%) da amostra. Os pacientes considerados com risco severo, além de consultoria em enfermagem em adição de álcool e outras drogas e educação para tratamento, ainda receberam avaliação médica, protocolo medicamentoso para evitar possível agravamento do quadro e SAA.

### 3.1.3 Associação da classificação da Escala AUDIT-C e variável sexo

Em relação ao sexo, observou-se resultado significativo no número de homens classificados no risco severo comparado ao sexo feminino, com 17,3% e 3,3% respectivamente (Gráfico 1).

**Gráfico 1.** Frequência da classificação AUDIT-C conforme o sexo

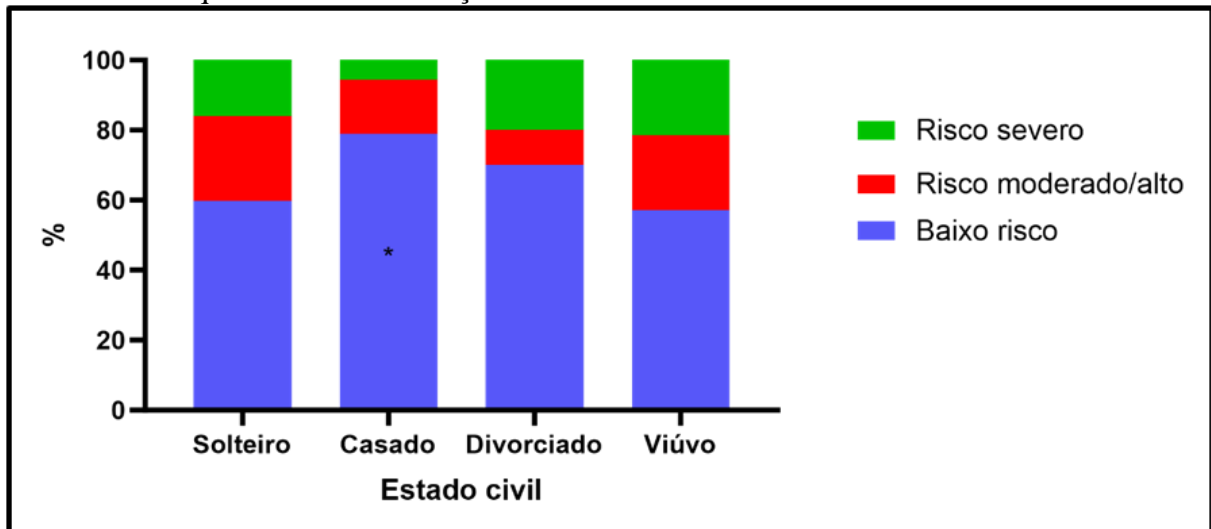


\*p=0,013

### 3.1.4 Associação da classificação da Escala AUDIT-C e variável estado civil

Em relação ao estado civil, podemos afirmar que os casados têm maior prevalência de baixo risco ( $p=0,041$ ; gráfico 2). Observou-se resultado significativo na associação entre escore AUDIT-C e estado civil casado.

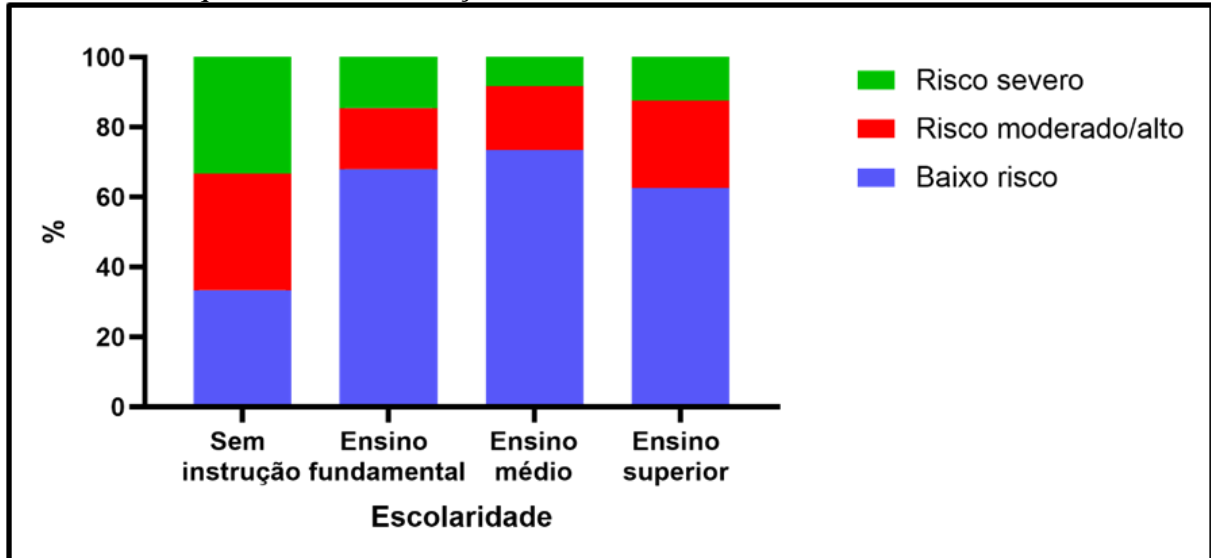
**Gráfico 2.** Frequência da classificação AUDIT-C conforme estado civil



\* $p=0,041$

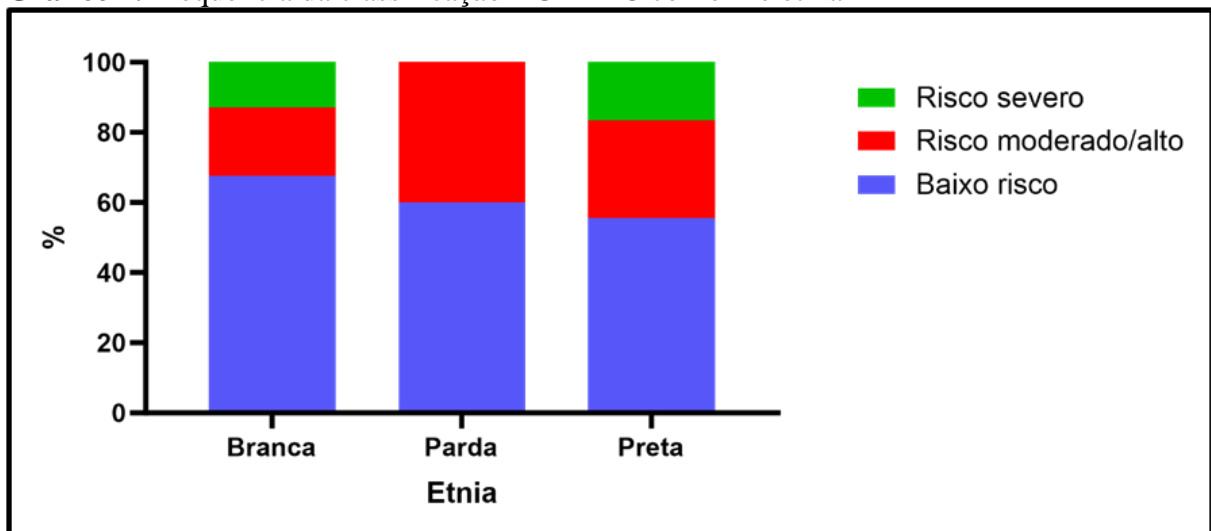
### 3.1.5 Associação da classificação da Escala AUDIT-C e demais variáveis

Relacionado a escolaridade, não foi observado diferença significativa, apesar de se observar escore maior de paciente com risco severo sem instrução, com 33,3%.

**Gráfico 3.** Frequência da classificação AUDIT-C conforme escolaridade

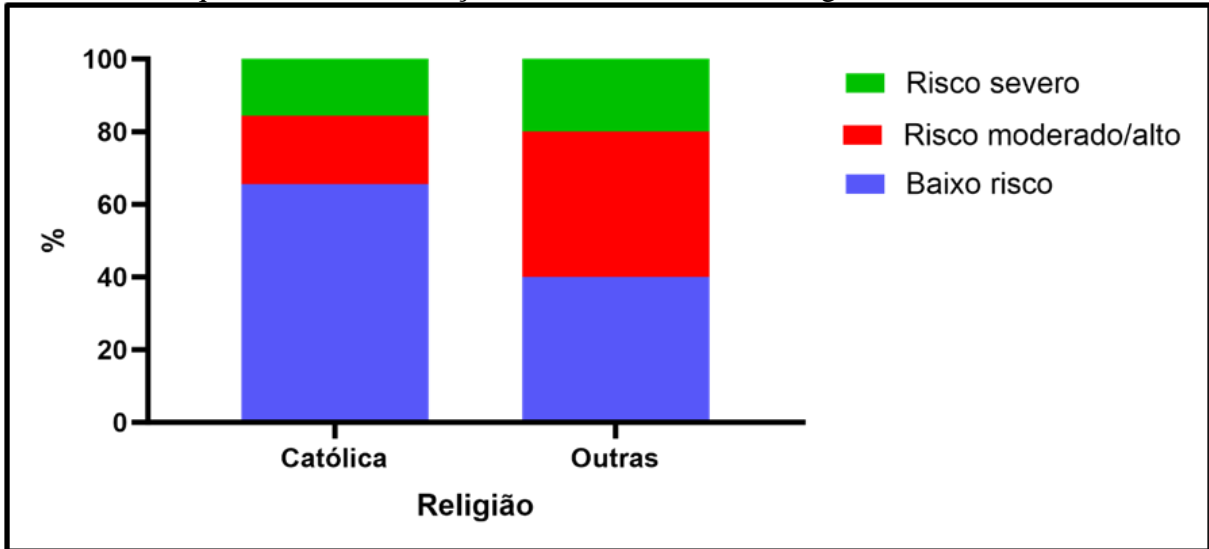
$p=0,106$

Em relação a etnia não foi observada associação significativa ( $p = 0,781$ ; gráfico 4). Onde foi observado a prevalência de baixo risco de 67,6% para os brancos, 60,0% para os pardos e 55,6% para os negros.

**Gráfico 4.** Frequência da classificação AUDIT-C conforme etnia

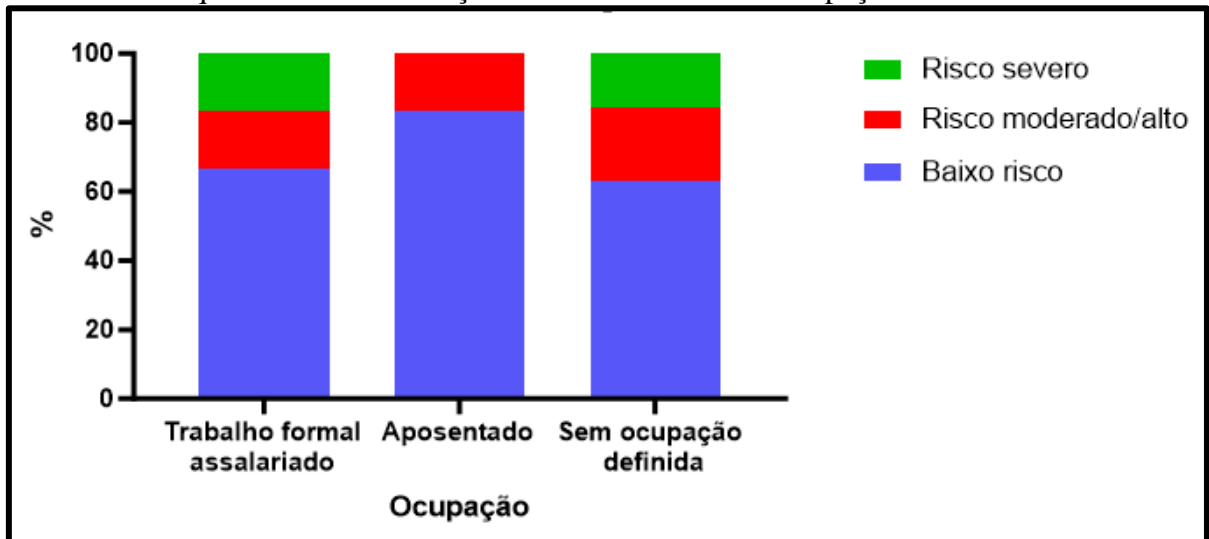
$p=0,781$

Em relação à religião não foi observada associação significativa ( $p=0,739$ ; gráfico 5). Onde foi observado a prevalência de baixo risco de 65,6% para os católicos e 40% para as outras religiões.

**Gráfico 5.** Frequência da classificação AUDIT-C conforme religião

$p=0,739$

Em relação à ocupação não foi observada associação significativa ( $p=0,410$ ; gráfico 6). Onde foi observado a prevalência de moderado risco de 16,7% para o trabalho formal, 16,7% para aposentados e 21,4% para os que declararam não ter ocupação definida.

**Gráfico 6.** Frequência da classificação AUDIT-C conforme ocupação

$p=0,410$

### 3.2 FASE 2 (FOLDER)

Após a etapa de avaliação do conteúdo do folder por profissionais da saúde, pacientes e familiares, os mesmos realizaram avaliação do conteúdo através de preenchimento de ficha

avaliativa (Apêndice A). Foram analisadas todas as respostas e realizada nova análise do conteúdo, considerando as sugestões citadas nas avaliações, implementadas sugestões e encaminhado conteúdo do folder para Comunicação Social do HCPA. Segue abaixo folder educativo desenvolvido (Figura 1).

**Figura 1.** Folder educativo desenvolvido pelo estudo

As perguntas abaixo podem ajudar você a descobrir problemas com alcoolismo. Para respondê-las, observe as dosagens descritas na tabela abaixo:

|   |       |                           |   |       |                             |   |        |                     |   |        |  |
|---|-------|---------------------------|---|-------|-----------------------------|---|--------|---------------------|---|--------|--|
|  | 40 ml | de pinga, uisque ou vodka |  | 85 ml | de vinho, vermute ou licões |  | 140 ml | de cerveja ou chope |  | 600 ml | de uísque, conhaque ou rum                   |
|   |       |                           |   |       |                             |   |        |                     |   |        | 1 garrafa de cerveja contém quase duas doses |

*Adaptado de World Health Organization (1982).*

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 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: World Health Organization (1982) adaptado por NUTE/UFSJ (2016).

A pontuação da escala AUDIT-C pode variar de 0 a 12 pontos e a pontuação das letras é: A = 0 ponto, B = 1 ponto, C = 2 pontos, D = 3 pontos, E = 4 pontos.

**SE VOCÊ ATINGIU 4 PONTOS OU MAIS, VOCÊ PODE ESTAR COM PROBLEMAS COM O USO DE ALCOOL.**

**Informações sobre consumo de bebida alcoólica**

**HOSPITAL DE CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE - RS

**UFRGS**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**HOSPITAL DE CLÍNICAS**  
PORTO ALEGRE - RS

Rua Ramiro Barcelos, 2350  
Largo Eduardo Z. Faraco  
Porto Alegre/RS 90035-903  
Fone 51 3359 8000  
[www.hcpa.edu.br](http://www.hcpa.edu.br)

Coordenadora de Comunicação do HCPA - setembro/23 - RESOX - XXXXX  
Aprovado pelo Conselho Editorial em setembro/23

- **CAPS AD III - Passo a Passo - GHC** - Av. Carneiro da Fontoura, 57, bairro Jardim São Pedro. Telefone: (51) 3345-1759
- **CAPS AD III Partenon-Lomba do Pinheiro** - Rua Dona Firmina, 144, bairro São José. Telefone: (51) 3230-6360
- **CAPS AD III Caminhos do Sol** - Av. Protásio Alves, 7585, bairro Alto Petrópolis. Telefone: (51) 3407-5225
- **CAPS AD III Sul/Centro-Sul** - Av. Cavalhada, 1930, bairro Cavalhada. Telefone: (51) 3230-6364
- **CAPS AD III GIRASSOL** - Av. João Antônio Silveira, 440, bairro Restinga. Telefone : (51) 3248-7704

**GRANDE PORTO ALEGRE E INTERIOR DO ESTADO:** busque a unidade de saúde de sua referência ou CAPS AD mais próximo de sua casa.

**ATIVIDADES VIRTUAIS E PRESENCIAIS**  
ALCÓOLICO ANÔNIMOS -  
<https://www.aaonline.com.br>  
AMOR EXIGENTE -  
<https://www.amorexigente.org.br/localize>



## 4 DISCUSSÃO

O efetivo conhecimento da interação entre as tendências e determinantes sociodemográficas da população estudada são essenciais para o planejamento de ações assistenciais nos serviços de saúde. A perfeita compreensão das tendências de distribuição da população em estudo através da análise do perfil sociodemográfico é fundamental no processo de delineamento, elaboração e manutenção de protocolos assistenciais voltadas para o atendimento das demandas específicas do grupo em questão. Conhecer a população em estudo, através do perfil sociodemográfico, faz-se necessário para obter êxito na implantação e manutenção de protocolos assistenciais desenvolvidos para grupos específicos, como descritos acima neste trabalho, associando ao rastreamento do alcoolismo através da utilização da escala AUDIT- C.

O rastreamento realizado através da escala AUDIT-C possibilita descobrir os possíveis casos, que no momento da internação clínica, podem necessitar de intervenção, prevenindo-se quadros de abstinência alcoólica e SAA.

A associação do sexo ao score da escala AUDIT-C mostrou que os homens apresentaram resultado significativo classificados no alto risco comparado ao sexo feminino, com 17,3% e 3,3% respectivamente, sinalizando que os homens são mais expostos ao alcoolismo. O maior consumo observado no sexo masculino é consistente com outros estudos populacionais (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2004), ocorrendo, provavelmente, devido a diferenças biológicas associadas ao sexo feminino, como menor quantidade de água, de enzimas digestivas e massa corporal. Essas características influenciam na absorção e metabolismo do álcool ingerido e podem predispor a severos efeitos adversos relacionados ao álcool, reduzindo o consumo entre as mulheres (ANDRADE; ANTHONY; SILVEIRA, 2009). A relação entre o sexo masculino e o uso problemático de álcool tem sido constantemente apresentada na literatura científica brasileira. Esse dado pode, em partes, ser explicado por um código social de masculinidade que envolve associar o uso de álcool à autoconfiança, ao poder sobre as mulheres, ao controle emocional, entre outros (COUSINS *et al.*, 2014).

Relacionado a escolaridade, não foi observado diferença significativa, pode - se observar score maior de paciente com risco severo sem instrução. Alguns autores apontam para a maior escolaridade como fator protetor para o consumo de álcool (HAMILTON; HAMILTON, 1997).

Quanto à religião, não foi observada associação significativa ( $p=0,739$ ; gráfico 5). Onde foi observado a prevalência de baixo risco de 65,6% para os católicos e 40% para as outras



religiões. A prática religiosa pode exercer efeito protetor sobre o comportamento de risco e dependência, principalmente quando relacionada a cultos que impõem regras rígidas contra o hábito de beber, por isso cultos protestantes atuam como fator protetor quando comparados à ausência de filiação religiosa (JOMAR *et al.*, 2015). A prática religiosa tem sido apontada como um fator protetor ao consumo de álcool por estabelecer valores, normas e repudiar o uso dessa substância (BARROS *et al.*, 2012).

Em relação ao estado civil, podemos afirmar que os casados têm maior prevalência de baixo risco. Deste modo, o estado civil apresentou-se como fator de proteção para alcoolismo. O ambiente familiar é um fator importante, que deve ser considerado na abordagem do uso de substâncias psicoativas. As relações familiares podem atuar como um fator de proteção ou de risco para o comportamento de consumir álcool. A família é um fator de proteção ao uso abusivo de álcool quando oferece ambiente harmônico, estável e seguro, com regras claras de conduta e envolvimento dos pais na vida dos filhos. Porém, pode ser considerada um risco quando o ambiente doméstico é desordenado, há consumo ou atitudes favoráveis com relação ao uso de álcool, pais que não oferecem suporte e apoio social, ausência de monitoramento e expectativas altas e utópicas entre os membros (RIBEIRO; DUAILIBI, 2010). Outra variável que frequentemente está associada ao uso problemático de álcool entre os universitários é o estado civil solteiro. Um estudo comparando o consumo de álcool entre gêmeos casados e não casados (solteiros e divorciados) sugeriu que os indivíduos, especialmente os do sexo masculino, mudam a quantidade de bebida alcoólica ingerida quando começam e quando terminam um casamento, bebendo mais quando são solteiros, menos quando estão casados e mais quando se divorciam (DISNESCUCU *et al.*, 2016).

Em relação à ocupação não foi observada associação significativa. A influência do trabalho, níveis econômicos e de escolaridade no consumo de álcool necessitam ser esclarecidas, uma vez que, a literatura aponta que o consumo de risco de bebidas alcoólicas entre indivíduos trabalhadores, com maiores níveis de renda e escolaridade, pode estar relacionado a ter condições financeiras para aquisição de álcool, presença dessa substância em reuniões de trabalho ou mesmo, pelo estresse proporcionado por esse. Por outro lado, dificuldades financeiras, nas relações sociais, na inserção no mercado de trabalho e falta de informação sobre os riscos de um consumo elevado de álcool também podem estar relacionadas a um consumo de risco entre indivíduos com ausência de trabalho, baixo nível de escolaridade e renda (LARANJEIRA *et al.*, 2007; GUIMARÃES *et al.*, 2015).

Uma dificuldade encontrada durante o desenvolvimento deste estudo foi relativa ao não preenchimento completo das anamneses realizadas pelos profissionais na admissão do paciente,

implicando na perda de indivíduos incluídos na amostra final. Ressalta-se a importância de desenvolver um estudo considerando maior número amostral, que pode contribuir para a obtenção de maior robustez.

## 5 CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo permitem concluir que a população masculina pode ter maior risco de desenvolver problemas relacionados à síndrome de abstinência alcoólica devido ao padrão de consumo severo do álcool.

O estado civil casado, predominante no estudo, demonstrou ser um fator protetor pois os indivíduos sob esse regime relacional apresentam um padrão de consumo de álcool de baixo risco.

Conhecer as características da população em atendimento nas instituições de saúde, através da realização de entrevista e aplicação de escalas, é importante pois possibilita o levantamento de indicadores, o que, traduzidos em recursos permitem planejar a assistência e direcionar um cuidado mais específico para cada indivíduo.

Considerando que o consumo de bebidas alcoólicas entre a população brasileira é excessivo e que esse padrão de consumo acarreta danos à saúde e altos custos para a sociedade, entende-se que os estudos epidemiológicos que identifiquem o padrão de consumo de álcool através de rastreamento e estabeleçam a associação entre perfil sociodemográfico e padrão de consumo podem ser de grande importância para saúde pública, a fim de direcionar e subsidiar programas e políticas públicas que visem à redução dos problemas decorrentes do uso de álcool, direcionando o tratamento de forma preventiva e eficaz contra agravamento abrupto e severo da doença durante internações clínicas.

Acredita-se que a educação em saúde embasada em padrão de consumo, através de rastreamento, pode auxiliar no processo de tratamento pois reforça orientações importantes aos pacientes e familiares de forma peculiar.

O folder produzido será apresentado para a instituição como uma nova medida educativa que poderá ser aplicada em todas as unidades de internação adulto da instituição aos pacientes que apresentarem escore AUDIT-C maior igual a 4 com finalidade de padronizar as informações sobre a doença e reforçar a medida educativa para tratamento.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA-FILHO, N.; LESSA, I.; MAGALHÃES, L.; ARAÚJO, M. J.; AQUINO, E.; KAWACHI, I.; JAMES, S. A. Alcohol drinking patterns by gender, ethnicity, and social class in Bahia, Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 38, n. 1, p. 45-54, 2004.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDRADE, A. G.; ANTONHY, J. C.; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri: Minha Editora, 2009.
- ARAÚJO, T. A. *et al.* Acidentes de trânsito e sua relação com o consumo de álcool: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, v. 9, supl. 5, p. 8437-8443, 2015.
- BABOR, T.; HIGGINS-BIDDLE, J. C. **Brief Intervention for hazardous and harmful drinking**. Genebra: WHO, 2001.
- BACIDORE, V., LETIZIA, M. J. & MITCHELL, A. M. Implementing interprofessional alcohol screening, brief intervention, and referral to treatment in the emergency department: An evidence-based quality improvement initiative. **Adv. Emerg. Nurs.**, v. 39, n. 3, p. 199-216, 2017.
- BARROS, E. J. L.; SANTOS, S. S. C.; GOMES, G. C.; ERDMANN, A. L. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 2, p. 95-101, 2012.
- BERNIER, M. J. Establishing the psychometric properties of a scale for evaluating quality in printed education materials. **Patient Education and Counseling**, v. 29, n. 3, p. 283-99, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ética em pesquisa clínica. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 22 fev. 2022.
- CAMPOS, P.; RIBEIRO, C. Rastreamento do consumo de álcool nos cuidados de saúde primários - atitudes dos utentes. **Rev Port Med General Fam.**, v. 28, p. 98-104, 2012.
- COSTA-JÚNIOR, A. L. Desenvolvimento da Psicologia: Implicações para a Pesquisa e Intervenção Profissional em Saúde. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 21, n. 2, p. 36-43, 2001.
- COUSINS, G. *et al.* Potential for alcohol and drug interactions in older adults: evidence from the Irish longitudinal study on aging. **BMC Geriatrics**, v. 14, p. 57, 2014.
- DINESCU, D. *et al.* Is Marriage a Buzzkill? A Twin Study of Marital Status and Alcohol Consumption. **J Fam Psychol.**, v. 30, n. 6, p. 698707, 2016.
- GUIMARÃES, F. J.; FERNANDES, A. F.; PAGLIUCA, L. M. Interventions to cope with alcohol abuse: integrative review. **Rev Eletr Enf.**, v. 17, n. 3, p. 2-11, 2015.

HAMILTON, V.; HAMILTON, B. H. Alcohol and earnings: does drinking yield a wage premium? **Can J Econ.**, v. 30, p. 135-145, 1997.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. **Apresentação Institucional** [Porto Alegre, 2022]. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/>. Acesso em: 21 maio 2023.

JOMAR, R. T. *et al.* Perfil do consumo de álcool de usuários de uma unidade de Atenção Primária à Saúde. **J Bras Psiquiatr.**, v. 64, n. 1, p. 55-62, 2015.

LANDY, Meredith *et al.* A Systematic Review on the Effectiveness of Brief Interventions for Alcohol Misuse among Adults in Emergency Departments. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 61, p. 1-12, Feb. 2016. Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740-5472\(15\)00202-0](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740-5472(15)00202-0). Acesso em: 22 out 2023.

LARANJEIRA, R. *et al.* Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Rev Bras Psiquiatr.** v. 32, n. 3, p. 231-241, 2010.

MALTA, D. C. *et al.* Exposure to alcohol among adolescent students and associated factors. **Rev. Saúde Pública.**, v. 48, n. 1, p. 52-62, 2014.

MANGUEIRA, S. *et al.* Promoção da saúde e políticas públicas do álcool no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Psicologia & sociedade**, v. 27, p. 157-168, 2015.

MARSHALL, E. J. Adolescent alcohol use: risks and consequences. **Alcohol Alcohol.**, v. 49, n. 2, p. 160-4, 2014.

MOREIRA, L. F. S.; CAPRIGLIONE, M. S.; MASUR, J. Consumo de álcool em pacientes ambulatoriais de hospital geral na capital e interior do estado do Rio Grande do Norte. **R. Assoc. bras. Psiq.**, v. 2, n. 3, p. 183-9, 1980.

NORDQVIST, C.; JOHANSSON, K.; BENDTSEN, P. Routine screening for risky 143 alcohol consumption at an emergency department using the AUDIT-C questionnaire. **Drug Alcohol Depend.**, v. 74, p. 71-75, 2004.

OLIVEIRA, S. C.; LOPES, M. V. O.; FERNANDES, A. F. C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v. 22, n. 4, p. 611-620, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Álcool - OPAS/OMS**. Washington: OPAS, 2020.

PAULA, M. A. N. R.; CARVALHO, A. de P. O gênero textual folder a serviço da educação ambiental. **Revista Eletrônica em Gestão, Educação e Tecnologia Ambiental, REGET**, v. 18, n. 2, p. 982-989, 2014.

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

RIBEIRO, M.; DUALIBI, L. Avaliação de fatores de proteção e de risco. *In*: LARANJEIRA, R. (org.). **O tratamento do usuário de crack**. São Paulo: Casa Leitura Médica, 2010. p. 175-86.

SALCI, M. A. *et al.* Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. **Texto Contexto Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 224-230, 2013.

SAMHSA. **White Paper on Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) in Behavioral Healthcare.** Rockville: SAMHSA, 2011.

SCHUCKIT, M. A. Recognition and management of withdrawal delirium (delirium tremens). **N Engl J Med. Massachusetts**, v. 371, p. 2109-2113, 2014.

UMKC. University of Missouri-Kansas City. **School of Nursing and Health Studies.** 2013. Disponível em: <https://sbirt.care/tools.aspx>. Acesso em: 10 jul. 2023.

VILLAR, M. A.; BARBOSA, S. P.; LUCHESE, L. B.; SANTOS, J. L. F. Alcohol dependence syndrome in emergency services: assessment protocol for the professional nursing practice. **Enfermería Global.**, v. 41, p. 93-106, 2016.

WACKERNAH, R.; MINNICK, M.; CLAPP, P. Alcohol use disorder: pathophysiology, effects, and pharmacologic options for treatment. **Substance Abuse and Rehabilitation**, v. 5, p. 1-12, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Alcohol use disorders identification test (audit): Guidelines for Use in Primary Care** [Genebra, 2001]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599382_eng.pdf). Acesso em: 11 abr. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **65th World Health Assembly closes with new global health measures** [Genebra, 2012]. Disponível em: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/wha65\\_closes\\_20120526/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/wha65_closes_20120526/en/index.html) Acesso em: 30 maio 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on alcohol and health 2018** [Genebra, 2018]. Disponível em: [https://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/en/](https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/) Acesso em: 30 maio 2023.

**APÊNDICE A – FICHA AVALIATIVA DO CONTEÚDO DO FOLDER DO  
“ALCOOLISMO”**

NOME:

DATA:

MÉDICO

ENFERMEIRO

TÉC. DE ENFERMAGEM

PACIENTE

| Perguntas   | Respostas |         |     |       |
|---|-----------|---------|-----|-------|
|   | Ruim      | Regular | Bom | Ótimo |
| 1 - Você entendeu o conteúdo? O que achou?          |           |         |     |       |
| 2 - O que achou da ordem dos conteúdos?             |           |         |     |       |
| 3 - Você achou as informações claras?               |           |         |     |       |
| 4 - O que achou da linguagem utilizada no material? |           |         |     |       |

SUGESTÕES:

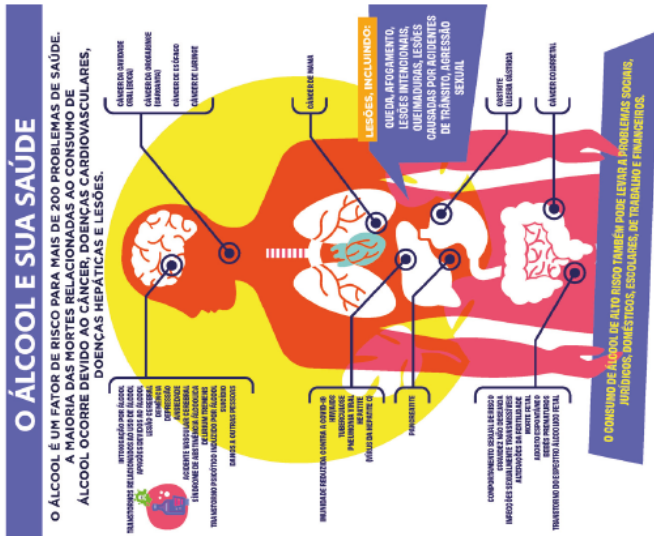
## 1. Consumo de bebidas alcoólicas

O consumo de bebidas alcoólicas pode causar uma doença chamada alcoolismo, geralmente com prejuízo à saúde como um todo, incluindo família, trabalho e comunidade. O alcoolismo é considerado uma doença pela Organização Mundial da Saúde, caracterizada pela vontade intensa de beber, falta de controle ao tentar parar e aumento progressivo das doses consumidas para sentir os efeitos da bebida. Quando a pessoa para

de beber, existe o risco de apresentar a Síndrome de Abstinência Alcoólica, que é um conjunto de sintomas que surgem quando a pessoa para de beber após um longo período de consumo excessivo, podendo resultar em danos graves à saúde. É importante destacar que não existe uso seguro do álcool e que qualquer pessoa, independente de sexo, origem ou raça, pode desenvolver dependência alcoólica.

## 2. Efeitos do álcool no organismo

O abuso de bebidas alcoólicas causa graves problemas à saúde, atingindo alguns órgãos do nosso corpo e podendo gerar as seguintes alterações:



## 5. Onde encontrar ajuda

É importante reconhecer que o uso de álcool está gerando danos à sua saúde e querer mudar essa situação. A família e/ou pessoa com dificuldade em parar de beber podem procurar atendimento no Centro de Apoio Psicossocial de Alcool e Drogas (CAPS AD) mais próximo de sua residência, que avaliará as possibilidades de tratamento. O tratamento envolve acompanhamento multidisciplinar em saúde, já que os sintomas da falta do álcool podem ser graves e evoluir para morte em casos raros. O uso de medicamentos que auxiliam no controle dos sintomas da falta do álcool e do desejo de beber são muito importantes. Nesse período, também é indicado aconselhamento em grupo.

O envolvimento da família é importante no tratamento. A família pode ter papel protetor, de apoio, auxiliando a se manter em tratamento, e na tomada de decisão, auxiliando com cuidados na residência enquanto ajuda a evitar os sintomas. A continuação do tratamento para prevenção de recaída ao alcoolismo é muito importante; ela deve ser realizada através dos grupos de ajuda mútua. Informe-se em sua região ou município sobre os grupos de ajuda existentes através dos contatos abaixo:

**PORTO ALEGRE:** busque a unidade de saúde de sua referência ou CAPS AD mais próximo de sua casa. Abaixo a lista de CAPS AD de Porto Alegre:

- **CAPS AD Glória, Cruzeiro e Cristal** - Rua Dr. Raul Moreira, 253, bairro Cristal. Telefone: (51) 3289-5733
- **CAPS AD IV Centro Céu Aberto** - Rua Comendador Azevedo, 97, bairro Floresta. Telefone: (51) 32306366
- **CAPS AD III Noroeste, Humaitá, Navegantes e Ilhas** - Av. Pernambuco, 1700, bairro Navegantes. Telefone: (51) 3230-6363

## 3. Sintomas que podem surgir quando uma pessoa para de beber

O abuso e a dependência de bebidas alcoólicas levam o organismo a se adaptar; no entanto, quando a pessoa para de beber, pode apresentar alguns sintomas, como:

- tremores nos lábios e na língua;
- tremores nos braços, nas mãos e nos pés;
- náuseas/enjoo;
- vômitos;
- suor excessivo;
- ansiedade;
- irritabilidade.

Esses sintomas podem evoluir para convulsões e estado de confusão mental, com alucinações. A convulsão é quando o corpo sofre contrações musculares intensas e involuntárias e a pessoa se debate, podendo ficar arroxeadada, lábios e dentes ficam apertados e há salivação excessiva, podendo ocorrer perda de consciência. A alucinação é quando a pessoa acredita ter visto, ouvido, tocado, provado ou cheirado algo que não estava realmente no local.

## 4. Causas do alcoolismo

Existem muitos estudos procurando as causas para o alcoolismo, mas não se conhece ainda uma causa única. Sabe-se que há uma influência genética, do ambiente, do estilo de vida, dos estados de humor, da personalidade e do fácil acesso às bebidas alcoólicas, além de comportamentos familiares e fatores culturais.



## ANEXO A - Equivalência da quantidade de álcool em diferentes bebidas, em termos de dose-padrão



**Fonte:** World Health Organization (1982) adaptado por NUTE-UFSC (2016).

**ANEXO B- Formulário AUDIT-C (Alcohol Use Disorder Identification Test - Concise)****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

## ANEXO C - Protocolo Assistencial de Identificação e Manejo do Consumo de Álcool



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS

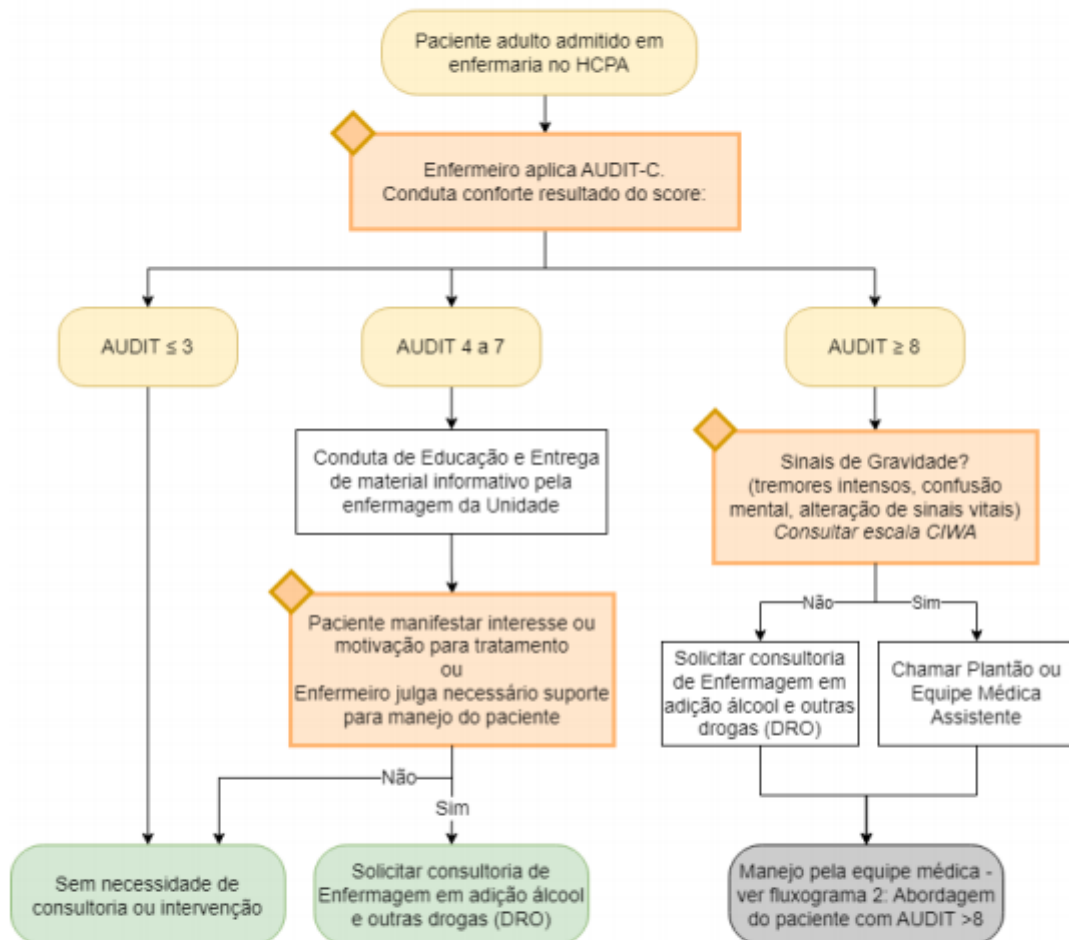
### Protocolo Assistencial de Identificação e Manejo do Consumo de Álcool

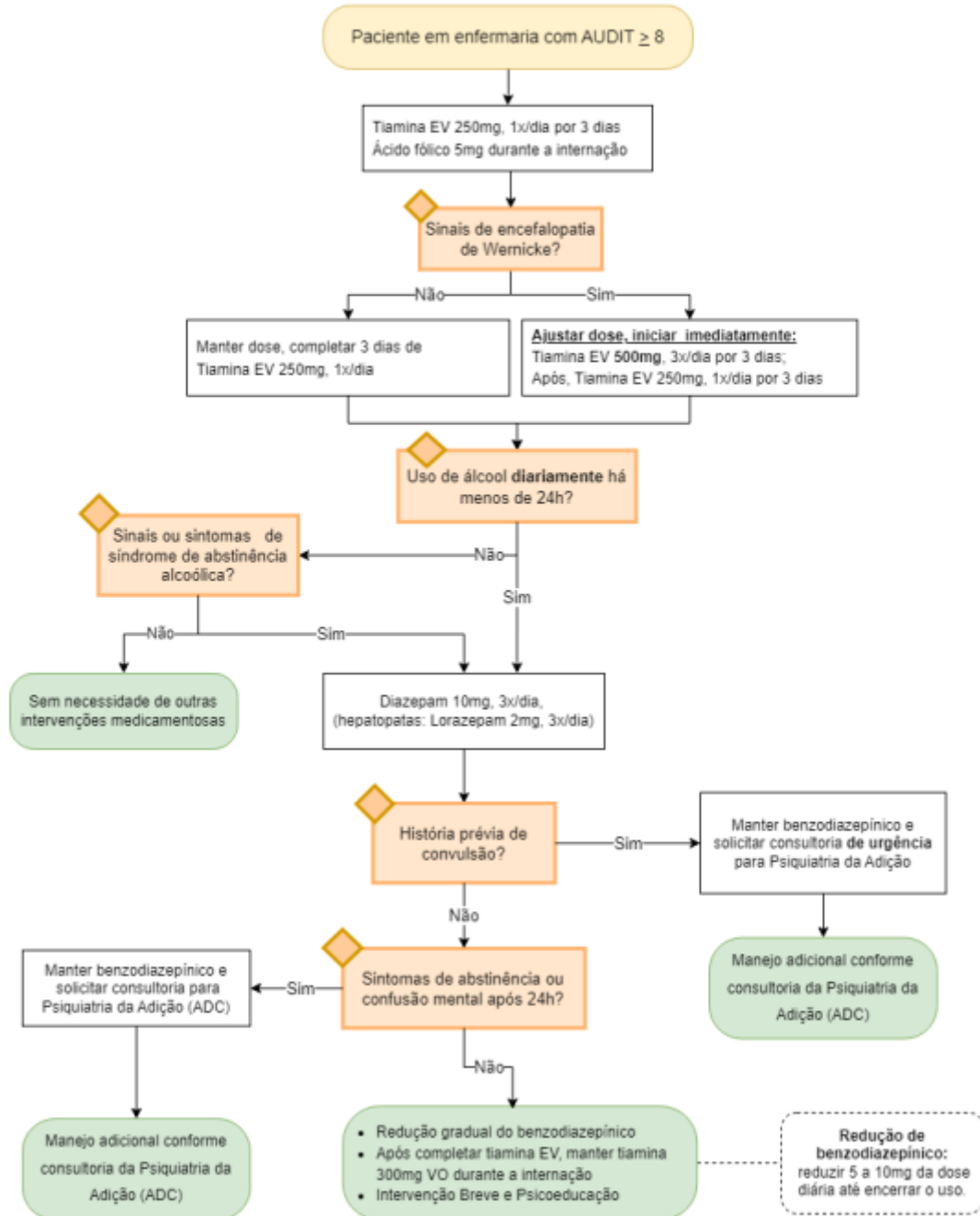
Página

1/12

PROT-0096

Fluxograma 1: TRIAGEM - Ações da Equipe de Enfermagem




**Fluxograma 2: Abordagem do paciente com AUDIT  $\geq 8$  - Ações da Equipe Médica**


## 1. Introdução

O objetivo da triagem universal para risco de SAA entre todos os pacientes adultos internados em hospital geral é identificar aqueles que são mais propensos a desenvolver SAA e promover a intervenção breve, tratamento precoce e encaminhamento adequado. Para tanto, usa-se instrumento validado com esse propósito. O **AUDIT-C** é uma escala de três itens baseada em evidências, usada para identificar pacientes com uso prejudicial de álcool. Entre aqueles diagnosticados como tendo uso prejudicial, 92% tiveram uma pontuação no AUDIT-C de 8 ou mais e 94% daqueles com consumo não prejudicial tiveram uma pontuação inferior a 8 (1)

A síndrome de abstinência alcoólica (SAA) não tratada ou subtratada durante a hospitalização foi associada a um aumento na incidência e gravidade de complicações médicas agudas, aumento do tempo de internação, transferências mais frequentes para unidades de tratamento intensivo, aumento dos custos hospitalares e maiores taxas de mortalidade de pacientes (2)

Dado o amplo espectro da apresentação do quadro clínico, assim como as diferentes formas de tratamento, o manejo de pacientes com SAA torna-se complexo. Este protocolo foi desenvolvido com base em uma revisão da literatura atual, a fim de garantir a prestação de cuidados consistentes aos pacientes com SAA em todos os serviços de internação hospitalar. Visa minimizar a morbimortalidade, por meio da identificação e tratamento imediatos da SAA, em pacientes atendidos no hospital geral e nos subgrupos de maior risco para complicações potencialmente fatais.

## 2. Definições

### **Síndrome de abstinência Alcoólica (SAA)**

A SAA é um conjunto de sinais e sintomas que ocorre quando um paciente com uso prolongado de álcool experimenta uma diminuição repentina neste consumo. Pacientes que buscam atendimento em hospitais gerais e em emergências apresentam a prevalência do quadro variando entre 15 e 25% (3). Desses pacientes, aproximadamente 10% apresentam sinais ou sintomas de abstinência de álcool durante a admissão.

A gravidade da abstinência é variável e influenciada por diversos fatores, que incluem idade, sexo, padrões de consumo, frequência de abstinência anterior e comorbidades médicas. Cerca de 20% de todos os pacientes adultos hospitalizados apresentam uso nocivo de álcool antes da internação e aproximadamente 77% desses pacientes são dependentes de álcool (4). Com a interrupção abrupta do consumo de álcool, que geralmente acompanha a hospitalização, um subconjunto significativo dessa população está em risco para o desenvolvimento de SAA e possíveis complicações (5).

Os sintomas da SAA são leves em 70-90% dos casos (1). Entre os que apresentam complicações a mortalidade varia entre 15 a 20% para os casos não tratados, contra 2% dos casos manejados adequadamente(5). O tempo para o início do desenvolvimento dos sintomas da SAA é bem descrito. Os sintomas surgem em consequência a uma série de mecanismos de neuroadaptação, devido à rápida redução da alcoolemia. A hiperatividade do sistema nervoso central e adrenérgica (por exemplo, ansiedade, tremor, diaforese, hipertensão) normalmente se desenvolve nas primeiras 6 a 36 horas após a cessação do álcool, enquanto complicações como o *delirium tremens* (DT) normalmente se desenvolvem após 48 a 96 horas (Quadro 1).

#### **Encefalopatia de Wernicke (EW)**

Espera-se uma deficiência significativa de vitaminas se mais de 30% da ingestão calórica diária do paciente for proveniente do consumo de álcool (6). Entre aqueles que consomem muito álcool, 80% são deficientes em tiamina (B1), 66% em folato e mais da metade em piridoxina (B6) (7). A síndrome de Wernicke-Korsakoff, causada pela deficiência da tiamina, é uma complicação muito frequente. Abrange dois quadros clínicos distintos: a encefalopatia de Wernicke e síndrome de Korsakoff. A encefalopatia de Wernicke é caracterizada por uma tríade clínica aguda e reversível, que consiste em estado confusional (confusão ou demência), nistagmo (ou oftalmoplegia) e ataxia. No entanto, menos de um terço dos pacientes apresenta a tríade completa. Por outro lado, a síndrome de Korsakoff é caracterizada por confabulação, perda de memória e anormalidades da marcha, achados que geralmente são irreversíveis e ocorrem se a encefalopatia de Wernicke não for tratada adequadamente. Na síndrome de Wernicke-Korsakoff, a taxa de mortalidade é de 10% a 15% em casos graves (8).

**Quadro 1. Quadro clínico da síndrome de abstinência alcoólica**

| <b>SAA</b> | <b>Achados clínicos</b>   | <b>Início dos sintomas após o último consumo</b>       |
|------------|---|--|
| LEVE       | Insônia, tremor, ansiedade leve, desconforto gastrointestinal, anorexia, cefaleia, diaforese, palpitações<br>Sintomas são consistentes com episódios anteriores<br>Exame do estado mental preservado<br>Autolimitados<br>Remissão entre 5 a 7 dias  | <b>6 a 36 horas</b>                                    |
| GRAVE      | <b>Convulsões:</b> Crise tônico clônica generalizada, com frequência única e de curta duração. Curto período pós ictal<br><i>Status epilepticus</i> é raro<br>Uso crônico de álcool<br>1/3 evolui para DT   | <b>Ocorre com frequência em</b><br><br><b>24 horas</b> |
|            | <b>Alucinação alcoólica:</b> Alucinações visuais, auditivas e táteis<br>Nível de consciência e orientação preservados<br>Sinais vitais normais  | <b>12 a 48 horas</b>                                   |
|            | <b>Delirium tremens (DT):</b> Uso crônico de álcool<br>Alteração no nível de consciência<br>Desorientação auto e/ou alopsíquica<br>Delirium hipericinético<br>Hipertermia<br>Diaforese<br>Agitação psicomotora intensa<br>Tremor grosseiro<br>Instabilidade autonômica (taquicardia, aumento de pressão arterial e alterações hidroeletrólíticas)<br>Alucinações predominantemente visuais<br>Delírios persecutórios<br>Acentuada resposta a estímulos externos | <b>48 a 96 horas</b>                                   |

### 3. Procedimentos

Serão descritos os procedimentos referentes a dois cenários:

**1) Triagem de pacientes adultos hospitalizados não críticos, em risco de desenvolver síndrome de abstinência alcoólica (SAA): Identificação, avaliação, psicoeducação e encaminhamento.**

**1. Triagem:** O rastreamento para identificação do uso de álcool é feito com o uso de AUDIT-C (**conforme quadro 2**) pelo enfermeiro no momento da admissão do paciente na unidade. Na anamnese, por meio do AGHUse - Lista de Pacientes de Enfermagem; aba Anamnese; aba Educação para Saúde; item Bebida Alcoólica; e/ou no momento de admissão por meio do AGHUse - Lista de Pacientes de Enfermagem; aba Escalas - selecionar AUDIT. A escala será aplicada apenas no momento da admissão e o escore gerado ficará registrado na evolução de enfermagem por 7 dias, nos controles e na anamnese de Enfermagem (caso seja aplicada durante a anamnese).

**2. Condutas de acordo com o escore:**

**AUDIT-C = ou < 3:** Sem indicação de consultoria ou intervenção.

**AUDIT-C = 4 a 7:** Conduta de educação e entrega de material informativo.

**\*Educação:** Informar o paciente sobre o seu transtorno, etiologia, funcionamento, prejuízo e consequências do uso de substâncias sobre sua saúde; esclarecer informações distorcidas; orientar quanto ao tratamento mais indicado e ao prognóstico da sua doença. Se o paciente manifestar interesse ou motivação para tratamento e/ou o enfermeiro da unidade avaliar que necessita de suporte para manejo do caso, pode solicitar a consultoria da Enfermagem em Adição (DRO).

**AUDIT-C  $\geq$  8 : SOLICITAR CONSULTORIA** da ENFERMAGEM EM ADIÇÃO ÀLCOOL E OUTRAS DROGAS (DRO) - Conforme indicação (**Quadro 4**).

O sistema irá indicar a abertura do diagnóstico de Enfermagem: Risco de síndrome de abstinência aguda.



**Quadro 2. AUDIT-C e escore**

| AUDIT - C  | Pontos |                 |                    |                       |                     | Soma |
|--|--------|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------|------|
|  | 0      | 1               | 2                  | 3                     | 4                   |      |
| Perguntas  |        |                 |                    |                       |                     |      |
| Com que frequência você toma bebidas alcoólicas? | Nunca  | < 1 vez por mês | 2 - 4 vezes no mês | 2 - 3 vezes na semana | > 4 vezes na semana |      |
| Quantas doses você costuma tomar?                | 1-2    | 3 - 4           | 5-6                | 7-9                   | >10                 |      |
| Quantas vezes bebeu mais de 6 doses por uso      | Nunca  | < 1 vez por mês | Mensal             | Semanal               | Diário              |      |

**Os parâmetros para escore (AGHUse):**

- **Baixo risco: de 0 a 3 pontos**
- **Risco moderado: de 4 a 5 pontos**
- **Alto risco: de 6 a 7 pontos**
- **Risco grave: de 8 a 12 pontos**

\*Escore originalmente referente ao gênero masculino, sendo adotado para toda população adulta.

**Quadro 3. Execução do protocolo**

| O quê?  | Quem?                                   | Quando?   |
|---|---|---|
| Aplicar escala AUDIT-C  | Enfermeiro                              | No momento da admissão do paciente, por meio da anamnese de Enfermagem e/ou no botão escalas.   |
| Acionar a consultoria da Enfermagem em Adição Álcool e outras Drogas (DRO) (2345)                       | Enfermeiro                              | Quando AUDIT-C $\geq$ 8<br>Paciente manifestar interesse ou motivação para tratamento.<br>Quando enfermeiro da unidade avaliar necessidade de suporte para manejo do paciente, independente do escore do AUDIT-C. |
| Psicoeducação e entrega de material informativo   | Enfermeiro                              | Ao identificar paciente que apresenta AUDIT-C = 4 a 7.  |
| Aplicar a escala CIWA   | Enfermeiro da Adição                    | AUDIT-C $\geq$ 8 resultado alarmante.   |
| Aplicar AUDIT versão completa   | Enfermeiro da Adição                    | AUDIT-C $\geq$ 8 resultado alarmante.   |
| Iniciar protocolo medicamentoso (avaliação para introdução de Ácido Fólico, Benzodiazepínico e Tiamina) | Médico assistente<br>Médico plantonista | AUDIT-C $\geq$ 8 resultado alarmante.   |



## Protocolo Assistencial de Identificação e Manejo do Consumo de Álcool

Página

9/12

PROT-0096

### 2) Tratamento medicamentoso para síndrome de abstinência alcoólica (SAA) e Encefalopatia de Wernicke (EW) para pacientes adultos hospitalizados não críticos.

1. Enfermeiro da unidade realiza o protocolo de rastreamento, com a aplicação do AUDIT-C, e comunica a equipe assistente ou equipe médica de plantão pelo telefone nos casos de AUDIT-C  $\geq 8$ .
2. Equipe médica assistencial recebe via telefone (pela enfermagem da unidade) ou busca a informação do resultado no prontuário do paciente (na aba de Escalas) e segue a avaliação se AUDIT-C  $\geq 8$  (estes casos seguirão em acompanhamento pela Enfermagem em Adição).
3. Médico assistente prescreve **IMEDIATAMENTE**:
  - Ácido Fólico** 5mg VO durante o período de internação.
  - Tiamina** 250 mg, 1x/dia, EV - Durante 3 dias.
  - OBS.: Se possível, não prescrever soro glicosado, mas, se for necessário, **PRESCREVER TIAMINA ANTES DO SORO GLICOSADO**.
4. Se pelo menos 1 sintoma de encefalopatia de Wernicke (confusão mental, ataxia, nistagmo ou oftalmoplegia), iniciar de imediato tratamento:
  - Substituir a dose de tiamina 250 mg por tiamina 500mg, 3x/dia, EV – por 3 dias.** Após 3 dias, prescrever: Tiamina 250 mg, 1x/dia, EV – por mais 3 dias.
5. Médico assistente questiona sobre último uso de álcool pelo paciente:
  - a. Se bebeu **DIARIAMENTE** há menos de 24h medicar com **Benzodiazepínico**: Diazepam 10mg, 3x/dia, VO (Lorazepam 2mg, 3x/dia, VO para hepatopata)- **DOSE PROFILÁTICA (24/48 horas)**.
  - b. Se bebeu **há mais de 24 horas**, medicar com benzodiazepínicos **SOMENTE SE sintomas de SAA** (sugere-se a utilização da Escala CIWA como parâmetro - encontra-se no AGHUse).
6. Médico assistente questiona sobre história de convulsão prévia:
  - a. Se **convulsão prévia**, pedir consultoria de **URGÊNCIA para a Psiquiatria de Adições (ADC)**.
  - b. Sem convulsão prévia, seguir as orientações de prescrição.

7. Se paciente apresentou melhora em 24/48 horas após a internação:
  - a. Manter uso de tiamina 300mg VO durante o período de internação.
  - b. Iniciar redução gradual do benzodiazepínico ao longo de 3 a 7 dias. Sugere-se reduzir o Diazepam 5mg ao dia após os primeiros dois dias de tratamento, mas a redução pode ser mais rápida ou lenta conforme a tolerância do paciente.
  - c. Realizar psicoeducação e intervenção breve conforme indicação ( descritas no protocolo assistencial para triagem de pacientes adultos hospitalizados não críticos em risco de desenvolver SAA)
8. Se paciente **NÃO** apresentou melhora: Solicitar consultoria para a Psiquiatria de Adição (ADC), conforme indicação.
9. Para pacientes em acompanhamento pela consultoria: Acionar o residente que vem acompanhando o caso ou o bip 17265 da Psiquiatria de Adição (ou fone 99536-0547), caso o paciente apresente piora dos sintomas.

**Quadro 4: Recursos especializados em adição**

Consultoria de Enfermagem em Adição - Álcool e outras Drogas (DRO): Auxilia a equipe de Enfermagem na abordagem dos pacientes com transtornos por uso de substâncias (TUSP), motivando-os para adesão ao tratamento e auxiliando com técnicas voltadas ao controle de fissura, bem como manejo da agitação. Também auxilia no encaminhamento do paciente para seguimento do tratamento na alta.

Plantão Psiquiatria: Auxilia no manejo de sintomas agudos de abstinência alcoólica ou fissura por cocaína, crack, agitação psicomotora ou risco de suicídio associado a uso de drogas. Bip 17275 (Psiquiatria Geral, podendo ser com supervisão da Psiquiatria de Adição).

Consultoria Psiquiatria de Adição (ADC): Presta assistência aos pacientes quanto ao diagnóstico e tratamento de TUSP.



## Protocolo Assistencial de Identificação e Manejo do Consumo de Álcool

Página

11/12

PROT-0096

### Glossário

TUSP: Transtorno por Uso de Substâncias Psicoativas

SAA: Síndrome de Abstinência Alcoólica

EW: Encefalopatia de Wernicke

### Bibliografia

1. Wong J, Saver B, Scanlan JM, Gianutsos LP, Bhakta Y, Walsh J, et al. The ASAM Clinical Practice Guideline on Alcohol Withdrawal Management. *Journal of addiction medicine*. 2020;14(3S Suppl 1).
2. Genthner DJ, Gourin CG. The effect of alcohol abuse and alcohol withdrawal on short-term outcomes and cost of care after head and neck cancer surgery. *Laryngoscope*. 2012;122(8):1739-1747.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Behavioral risk factor surveillance system. <https://www.cdc.gov/brfss>.
4. Saitz R, Freedner N, Palfai T, Horton N, Samet J. The severity of unhealthy alcohol use in hospitalized medical patients: the spectrum is narrow. *J Gen Intern Med*. 2006;Apr:381-385.
5. Dolman JM, Hawkes ND. Combining the audit questionnaire and biochemical markers to assess alcohol use and risk of alcohol withdrawal in medical inpatients. *Alcohol Alcohol*. 2005;40(6):515-519.
6. Lieber CS. ALCOHOL: Its metabolism and interaction with nutrients. *Annu Rev Nutr*. 2000;20:395-430.
7. Markowitz JS, McRae AL, Sonne SC. Oral nutritional supplementation for the alcoholic patient: A brief overview. *Ann Clin Psychiatry*. 2000;12(3):153-158.
8. Shweta A, James K, Edward JN. Wernicke-Korsakoff Syndrome. 2020.

**Responsável:** Serviço de Psiquiatria, Unidade de Psiquiatria de Adições



## Protocolo Assistencial de Identificação e Manejo do Consumo de Álcool

Página

12/12

PROT-0096

|  |                         |  |   |
|--|-------------------------|--|---|
| Título: <b>Protocolo Assistencial de Identificação e Manejo do Consumo de Álcool</b> |                         |  | Código do documento<br><b>PROT-0096</b> |
| Cadastrado por: <b>JERUZA LAVANHOLI NEYELOFF</b>                                     |                         |  |   |
| Revisado por: <b>JERUZA LAVANHOLI NEYELOFF</b>                                       |                         |  | Data:<br>22/08/2023                     |
| Versão liberada por: <b>JERUZA LAVANHOLI NEYELOFF</b>                                |                         |  | Data:<br>22/08/2023                     |
| Data de emissão:<br>22/08/2023   | Número da revisão:<br>0 | Data da última revisão:<br>Não aplicável | Validade:<br>22/08/2025                 |

**Cópia não controlada:** documento com caráter apenas de estudo, orientação e treinamento. Está cópia deve ser utilizada para consulta local, não sendo arquivada e após a sua utilização, deve ser destruída. O HCPA não se responsabiliza se a versão desta cópia estiver obsoleta.