

Elaboração de Protocolo de Atendimento Psicológico no Hospital Geral: Usuários de Álcool

Elaboration of a Psychological Care Protocol in the General Hospital:
Alcohol Users

Cláudia de Jesus Pinheiro* / Andréa Batista de Andrade Castelo Branco

Universidade Federal da Bahia

Resumo: O uso abusivo de álcool possui elevada incidência e implica em repercussões em várias esferas da vida do indivíduo, demandando intervenções psicológicas efetivas. Esse estudo objetivou a elaboração de um protocolo de atendimento psicológico direcionado a pacientes hospitalizados que fazem uso abusivo de álcool. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas com profissionais de psicologia hospitalar e observação participante com pacientes. Para interpretação dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo. O processo de revisão, categorização e observação proporcionou a elaboração de 10 itens do protocolo. Os resultados evidenciaram a necessidade do psicólogo avaliar aspectos relacionados à hospitalização, às possíveis alterações psíquicas, aos riscos e danos associados ao uso, ao mapeamento das potencialidades e ao estágio de mudança do paciente. Além disso, o psicólogo pode realizar intervenções de suporte emocional ao paciente e família, bem como estratégias baseadas na atuação multiprofissional, na articulação em rede e na política de redução de danos. Conclui-se que o psicólogo hospitalar pode sistematizar e fundamentar cientificamente suas práticas voltadas aos usuários de álcool mediante o uso de protocolo, garantindo o cuidado em saúde mental a esse público no hospital geral.

Palavras-chave: abuso de álcool; psicologia hospitalar; redução de dano.

Abstract: The abusive use of alcohol has a high incidence and points to repercussions in various areas of the humans life, requiring effective clinical psychological interventions. This study intends to develop a psychological care protocol aimed at hospitalized patients who abuse alcohol. It is an exploratory qualitative research. Data were collected through semi-structured interviews with hospital psychology professionals and participant observation with patients. For data interpretation, Content Analysis was used. The review, categorization and observation process led to the elaboration of 10 items of the protocol. The results showed the need for the psychologist to evaluate aspects related to hospitalization, possible psychological changes, risks and damages associated with use, mapping potentialities and the patient's stage of change. In addition, the psychologist can perform interventions of emotional support to the patient and family, as well as strategies based on multiprofessional performance, networking and the harm reduction policy. It is concluded that the hospital psychologist can systematize and scientifically

* Correspondência para: Rua Hormindo Barros, 58 - Candeias, Vitória da Conquista - BA, 45029-094. E-mail: claupinheiro02@gmail.com

substantiate his practices aimed at alcohol users through the use of a protocol, enabling mental health care to this public in the general hospital.

Keywords: alcohol abuse; hospital psychology; harm reduction.

Introdução

O consumo de álcool está presente em variadas culturas, podendo associar-se às festividades, cerimônias religiosas, aos eventos sociais e culturais. No Brasil, apesar da legalidade da venda e aceitação social, historicamente, os consumidores abusivos não ficaram isentos de tentativas de enclausuramento em hospitais psiquiátricos, nomeados de alcoolistas/loucos, ou das prisões, chamados de criminosos os ditos vadios/ébrios habituais, sobretudo os mais vulneráveis socialmente (Pontes, Ferreira, & Bicalho, 2018). O estigma gerado por tais perspectivas impõe até hoje obstáculos de inclusão social ou para o próprio tratamento, uma vez que o rótulo dificulta o acesso aos serviços e afeta a qualidade da assistência (Gomes & Vecchia, 2018).

Além disso, a “nova” política de apoio e incentivo financeiro às Comunidades Terapêuticas (Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019) reforça o discurso religioso/moral sobre o fenômeno do uso abusivo de drogas e põe em risco a Política de Redução de Danos (RD), indo no contrafluxo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). A RD confronta o paradigma exclusivo da abstinência e do isolamento social, propondo uma ética de cuidado pautada na garantia de direitos, na autonomia e singularidade do sujeito, diversificando as linhas de cuidado e projetos terapêuticos (Gomes & Vecchia, 2018). A RD enfatiza um conjunto de estratégias direcionadas à redução de riscos e danos associados ao uso de drogas (Brasil, 2004). Apesar das restrições, resistências e contradições em sua capilaridade a RD ainda é considerada a principal alternativa na saúde pública frente ao fracassado modelo antidrogas.

O uso abusivo de álcool e outras drogas é identificado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos vinte maiores fatores de risco para problemas de saúde.

Essa carga inclui transtornos físicos e lesões decorrentes de acidentes e agressões, o que leva muitos indivíduos a procurarem atendimento nos hospitais gerais (Pereira & Oliveira, 2016). Em 2016, o uso nocivo de álcool resultou em cerca de 3 milhões de mortes (5,3% de todas as mortes). No Brasil, o álcool esteve associado a uma média de 50,5% dos casos de cirrose hepática e de 29,85% dos acidentes de trânsito. Estima-se que 4,2% dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência (World Health Organization (WHO), 2018).

Dada a letalidade do uso abusivo de álcool, sua identificação e tratamento precisam ocorrer de maneira precoce. A demora em iniciar o tratamento e sua inadequação está associada a um pior prognóstico (Brasil, 2003). No contexto hospitalar, as condutas tendem a ser voltadas apenas para a eliminação ou diminuição dos sintomas que motivaram a internação. A investigação dos determinantes dos agravos não são alvos diretos de cuidado, aumentando os riscos de recidivas do padrão de uso e retorno aos serviços de saúde com complicações do quadro (Rezende, 2016).

Embora haja demanda de atendimento por parte desse público nas unidades hospitalares, a equipe encontra dificuldades para lidar com essa problemática. Por falta de instrumentalização da equipe ou pela reprodução de estigmas sociais, muitas vezes, questões relacionadas ao uso deixam de ser abordadas. Nesse contexto, a presença do psicólogo na equipe multiprofissional, enquanto especialista em saúde mental, pode contribuir no suporte técnico-assistencial e na humanização da assistência prestada a esses pacientes. Para tanto, é necessário alinhar os atendimentos emergenciais, breves e focais, com o modelo psicossocial e as estratégias de RD (Rezende, 2016). Assim, é importante que os psicólogos hospitalares atuem na redução dos danos gerados pelo abuso de álcool, implementando intervenções que auxiliem no cuidado integral, na inclusão dos aspectos psicossociais do uso, na mediação da comunicação com a equipe, na melhora da adesão ao tratamento e na oferta de suporte familiar (Vieira, 2010).

Ainda que a literatura sobre álcool seja extensa, há uma insuficiência de produção no campo da Psicologia, especificamente no contexto hospitalar. Considerando a relevância da inserção do psicólogo na equipe de cuidado aos usuários de álcool hospitalizados e a escassez de produções científicas relacionadas à temática (apenas dois artigos encontrados nos bancos de dados virtuais Scielo, Lilacs e Pepsic, em 2019, utilizando os descritores: álcool, hospital geral, psicologia, psicólogo), torna-se necessário desenvolver ferramentas que instrumentalizem a prática psicológica nesse contexto.

O objetivo deste estudo, portanto, consistiu na elaboração de um protocolo de atendimento psicológico a pacientes hospitalizados que fazem uso abusivo de álcool. Parte-se da hipótese de que a sistematização das intervenções poderá subsidiar a prática do psicólogo hospitalar e facilitar o conhecimento de especificidades presentes na assistência aos usuários de álcool durante a hospitalização.

Método

O presente estudo é resultado parcial da pesquisa intitulada Atenção Psicológica a pacientes hospitalizados que fazem uso de álcool e outras drogas, vinculado ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgência da Universidade Federal da Bahia. Utilizou-se um delineamento qualitativo do tipo exploratório. A amostra foi composta por 5 pacientes internados e 4 profissionais de psicologia atuantes em um hospital geral público. Foram estabelecidos como critérios de inclusão, experiência mínima de 4 meses em atendimento hospitalar aos usuários de álcool. Para os pacientes, foi estabelecida presença de uso abusivo de álcool, idade mínima de 18 anos e aplicação total ou parcial do protocolo. O fechamento das amostras se deu por saturação teórica.

Na coleta de dados, foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com psicólogos e observação-participante com os pacientes durante os atendimentos psicológicos realizados pela pesquisadora. As entrevistas foram audiogravadas e as

observações registradas em diário de campo. Os atendimentos foram conduzidos com o auxílio do protocolo construído e aprimorado durante o estudo e tiveram como base teórica a Análise do Comportamento (AC).

A inserção dos pacientes no estudo se deu a partir da coleta de dados via equipe e prontuário e aplicação da escala CAGE. As entrevistas com os profissionais contaram com perguntas referentes à aplicação da RD no contexto hospitalar, técnicas de avaliação e intervenção direcionadas a usuários de álcool durante a hospitalização, avaliação da rede de suporte social e familiar, interação com equipe multiprofissional e com os dispositivos da rede de atenção psicossocial. O diário de campo contou com a descrição dos atendimentos, avaliação dos itens do protocolo e sugestões de alterações (por inclusão ou retirada de item/categoria). Os dados obtidos foram analisados mediante Análise de Conteúdo, desenvolvida por Bardin (2011) e seguiu três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na elaboração do protocolo foram realizados os seguintes procedimentos: 1) Submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e posterior aprovação; 2) Elaboração da primeira versão do protocolo baseada na literatura; 3) Entrevista semiestruturada com os profissionais de psicologia; 4) Análise do Conteúdo a partir dos dados obtidos com as entrevistas; 5) Segunda versão do protocolo com base na categorização das entrevistas; 6) Aplicação do protocolo durante o acompanhamento psicológico dos pacientes e familiares; 7) Aprimoramento processual do protocolo durante intervenções; 9) Análise dos diários de campo; e 10) Versão final do protocolo a partir dos atendimentos e análises realizados.

Ressaltamos que esse estudo obedeceu aos parâmetros e itens que regem a Resolução nº 466 de 13 de junho de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (nº CAAE: 14099319.1.0000.555).

Resultados

O presente estudo produziu três resultados. O primeiro resultado refere-se à Análise de Conteúdo das entrevistas semiestruturadas com psicólogos, cujos relatos evidenciaram quatro categorias com suas respectivas unidades de registro: 1. Exame do estado mental, nas quais as unidades de registro versaram sobre alterações das funções mentais, atitudes dos pacientes frente ao psicólogo ou à equipe e sentimentos predominantes; 2. Intervenções psicológicas direcionadas ao paciente referentes tanto acolhimento e manejo de crise quanto a mudanças de padrão de uso; 3. Família e uso abusivo de álcool, na qual foram elencadas unidades de registro sobre a avaliação, consequências do uso na dinâmica familiar, compreensão a respeito do abuso de álcool e desenvolvimento de estratégias para lidar com esse abuso; e 4. Atuação do psicólogo junto a equipe multiprofissional onde foi destacado a importância das discussões de casos e implementação de ações alinhadas que possibilite um olhar integral do paciente.

O segundo resultado da pesquisa versou sobre a aplicação do protocolo e a análise das intervenções desenvolvidas pela pesquisadora-residente junto aos pacientes que fazem uso abusivo de álcool. As ações, tanto de avaliação quanto de intervenção, realizadas durante as observações participantes, foram fundamentadas na AC, descrita por Skinner (1953/1994) como o estudo da interação organismo-ambiente. O psicólogo hospitalar comportamental inicia sua intervenção planejando e colocando em prática estratégias elaboradas a partir das análises funcionais (Henrique & Ferreira, 2018).

O recurso para a composição de análises funcionais contempla a identificação de antecedentes, respostas e consequências e os processos envolvidos (reforço positivo e negativo, punição positiva e negativa ou extinção) (Nery & Fonseca, 2018). No reforço positivo (R+), há o fortalecimento de uma resposta mediante apresentação de um estímulo (reforçador) a ele contingente; no reforço negativo (R-) ocorre o aumento da frequência da resposta a partir da remoção contingente de estímulo (aversivo). Na

punição positiva (P+), temos o enfraquecimento de uma resposta devido a apresentação de um estímulo aversivo, enquanto na punição negativa (P-) temos a remoção de um estímulo reforçador (Skinner, 1953/1994).

A análise das observações possibilitou o estabelecimento de alguns padrões quanto ao perfil sociodemográfico. Os participantes eram todos adultos do sexo masculino, com média de idade de 41,8 anos, estado civil divorciado (60%) e que faz/fazia uso diário de álcool (100%). Toda a amostra apresentou afastamento da rede de apoio e conflitos familiares e sociais. Esse afastamento da rede de apoio teve repercussões importantes na hospitalização, visto que 40% dos participantes contavam com presença familiar inconsistente durante o período de internação. Apenas 40% possuía renda fixa (proveniente de trabalho ou aposentadoria), os demais dependiam da ajuda financeira de terceiros. As causas da internação variaram bastante (Traumatismo Craniano Encefálico, fratura do membro inferior por atropelamento, tentativa de suicídio, cortes em acidente doméstico), no entanto encontravam-se ligadas ao uso do álcool.

As ações interventivas com foco no uso sofreram influência de alterações no exame psíquico (presentes em 80% dos participantes) e do estágio de mudança em que indivíduo se encontrava. Maior preservação das funções psíquicas, consciência da problemática do álcool e desejo de mudança implicou em maior número de estratégias psicológicas direcionadas à mudança do padrão de uso. A avaliação do estágio de mudança foi feita a partir da comparação entre o relato verbal e observação do paciente e as descrições da literatura sobre comportamentos presentes em cada estágio.

As principais condutas realizadas voltaram-se para a redução de danos físicos, psicológicos e sociais, bem como para mudanças no padrão de uso, encaminhamentos, discussão de casos com a equipe e fortalecimento do suporte familiar. Com a equipe, foram realizadas intervenções no sentido de ofertar um cuidado que contemplassem o abuso de álcool, tornando possível a implementação de condutas de prevenção e

tratamento. No atendimento familiar, foi observado desgaste emocional proporcional ao nível de comprometimento do paciente e necessidade de encaminhamentos extra-hospitalares.

Os pacientes não estavam acompanhados por outros dispositivos de saúde no momento da internação, sendo encaminhados para rede de atenção psicossocial. Como recurso de encaminhamento foi utilizado a emissão de documentos e o contato com a rede através de ligação telefônica. Após o contato inicial, ficou a cargo do paciente e dos serviços garantirem a inserção e continuidade do tratamento, o que gerou falhas no processo de corresponsabilização. Em alguns casos, houve alta hospitalar sem os devidos encaminhamentos psicológicos, indicando necessidade de maior aproximação e comunicação mais efetiva entre os membros da equipe multiprofissional.

Embora o uso do álcool seja um fenômeno complexo com inúmeras implicações, optamos por direcionar a discussão aqui para a análise de um comportamento específico (ingestão de álcool). Nesse sentido, a título de exemplo, apresentaremos a análise funcional molar de dois pacientes. O Paciente 1 teve como antecedente ficar sozinho em casa, afastamento de familiares, alguém disponível para fornecer bebida; como consequências houve a interação com pessoas (R+), diminuição do sentimento de solidão (R-), desconfortos físicos (P+). Paciente 3 teve como antecedentes presença de desconfortos físicos causadas pela falta do álcool, álcool disponível, estar em ambientes e com pessoas que consomem álcool; e as consequências foram redução dos sintomas de abstinência (R-), conflitos familiares (P+), distanciamento de amigos e familiares (P-), dificuldade em conseguir emprego (P-).

Nas análises descritas, observamos o efeito reforçador inicial da reposta de ingerir álcool. A substância é utilizada predominantemente com função de fuga/esquiva de sensações/situações consideradas aversivas e com a possibilidade de entrar em contato com reforçadores imediatos produzidos pelas sensações agradáveis provocadas pelo álcool e pelas interações sociais proporcionadas a partir do seu uso. A utilização do

álcool funciona tanto como reforço negativo de curto prazo ao aliviar estados privados desagradáveis através de mecanismos neurofisiológicos e comportamentais, quanto positivo ao eliciar sensações de prazer e propiciar o contato social. As consequências aversivas decorrentes desse consumo foram apresentadas, geralmente, a médio e longo prazo. Essa apresentação atrasada dificulta a quebra do padrão de uso, visto que, como apontado por Skinner (1953/1994), reforços apresentados imediatamente após uma resposta tendem a ser mais efetivos devido a nossa maior sensibilidade filogenética a eles.

Na avaliação foi possível perceber, ainda, o impacto do pareamento entre estímulos (uso do álcool e ritual que o precede), a força que os diferentes processos (reforço, punição, extinção) têm na vida do indivíduo, a ausência de repertório para emissão de respostas alternativas e o elevado custo de resposta referente à mudança no consumo de álcool. Aparentemente, tem sido menos custoso para os pacientes lidarem com conflitos e afastamento de figuras com importância afetiva do que a modificação do comportamento de ingerir álcool, o qual pode vir a ser dolorosa por envolver reações fisiológicas, psicológicas e sociais potencialmente aversivas.

A AC trabalha a partir da seleção por consequências no qual é possível identificar, no caso de humanos, três níveis de seleção, sendo eles: o filogenético, ligado a comportamentos específicos das espécies; o ontogenético, correspondente ao desenvolvimento de comportamento durante o tempo de vida de um indivíduo; e o cultural que se refere ao desenvolvimento de práticas sociais durante o tempo de vida de um grupo (Moore, 2017). A avaliação entrelaçada desses três componentes nos dá indícios importantes sobre a manutenção de determinados comportamentos e alterações necessárias para que haja mudanças comportamentais efetivadas.

Nesse sentido, faz-se necessário um estudo amplo sobre a interrelação entre processos cerebrais e abuso de álcool. Temos, por exemplo, uma atuação consistente do álcool no sistema de recompensas que altera a sinalização de dopamina na via

mesolímbica e influencia um mecanismo conhecido como “saliência”. O álcool induz uma sinalização dopaminérgica exacerbada que estimula o núcleo Accumbens tal como se o estímulo fosse novo e muito reforçador, mesmo depois de muito tempo de uso. Além disso, essa substância age de maneira acentuada no córtex pré-frontal, alterando a capacidade de julgamento e tomada de decisões (Volkow, Michaelides & Baler, 2019).

Diante das múltiplas variáveis envolvidas no abuso de álcool, a atuação multiprofissional torna-se imprescindível na sua identificação e manejo. Durante a construção do protocolo, a atuação em equipe foi considerada crucial na mudança do padrão de uso, sendo planejadas intervenções que facilitassem ações conjuntas.

As intervenções psicológicas tiveram como foco também a consolidação da relação paciente-psicólogo, a ampliação da consciência sobre os prejuízos causados pelo uso, ampliação do repertório comportamental para lidar com o uso/abstinência e a emissão de comportamentos concorrentes ao uso que tivessem como consequência a eliminação/redução de sensações desagradáveis e a promoção de interações sociais/familiares satisfatórias.

Por fim, o terceiro resultado da pesquisa corresponde à última versão do protocolo de atendimento psicológico aos pacientes hospitalizados que fazem uso abusivo de álcool (Figura 1). O protocolo possibilita direcionar a atuação do psicólogo frente às especificidades da demanda e se estrutura em dez itens: 1. Identificação e Triagem; 2. Internação; 3. Avaliação do exame psíquico; 4. Análise do uso, riscos e danos associados; 5. Mapeamento de potencialidades; 6. Estágio de Mudança; 7. Suporte Social e Familiar; 8. Atuação da equipe multiprofissional; 9. Ações interventivas direcionadas ao paciente e/ou família; e 10. Articulação com a rede de cuidado. Ressaltamos que as intervenções de redução de danos são prioritárias, podendo o psicólogo utilizar estratégias que alterem o uso em situações que o paciente manifeste desejo de cessar ou reduzir o consumo ou precise abster-se devido condições médicas e/ou laborais.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO PSICOLÓGICO A PACIENTES HOSPITALIZADOS QUE FAZEM USO ABUSIVO DE ALCOOL

1. IDENTIFICAÇÃO E TRIAGEM

Nome: Admissão:
Idade: Prontuário:
Escolaridade: Profissão:
Estado civil: Enfermaria/leito:
Reside em: Acompanhado por:
Motivo da internação/Diagnóstico: Medicamentos em uso:
Pontuação do CAGE: Uso de Outras drogas:

2. INTERNAÇÃO

Experiências anteriores com hospitalização:
Adaptação à internação atual:
Compreensão
do quadro
clínico/ Muito Boa Pouca Ruim Nenhuma
cirúrgico: Boa
Relaciona o uso com a internação/
adoecimento atual: Sim Não
Queixas:

3. AVALIAÇÃO DO EXAME PSÍQUICO

Presença de alterações: Não Sim/Quais?
Risco de suicídio:
Sentimentos predominantes:

4. ANÁLISE DO USO, RISCOS E DANOS ASSOCIADOS

Histórico de uso por outros familiares:
Idade aproximada de início de uso: Último episódio de consumo:
Quantidade de álcool consumido: Turno de consumo:
Frequência do consumo nos últimos meses:
Ambientes de consumo:
Pessoas com quem costuma consumir o álcool:
Sentido/função do álcool:

Concepções culturais do álcool:
Associações de comportamento:
Desencadeantes do consumo:
Desejo de consumo atual:
Algum familiar ou amigo manifestou preocupação com o consumo de álcool? Sim Não
Algum profissional de saúde já recomendou interrupção do consumo? Sim Não
Tentativas anteriores de mudança do padrão de consumo: Sim Não
Intervalo de consumo (tempo médio, lapsos, recaídas, esforço de controle, decisões pelo uso ou adiamento):
Acompanhado por algum serviço: Não Sim. Como foi?
Fatores de risco:
Fatores de proteção:
Comportamentos de risco:

Danos desencadeados pelo consumo:

Repercussões físicas:
 Repercussões psíquicas:
 Repercussões sociais:
 Comorbidades psiquiátricas:
 Comorbidades médicas (apresenta doença que requer abstinência total?):
Presença de Síndrome de Abstinência Alcoólica: Sim Não
Presença de complicações da abstinência:
 Alucinação alcoólica *Delirium tremens*
 Convulsão alcoólica Síndrome de *Wernicke-Korsakoff*
Outros:

5. MAPEAMENTO DE POTENCIALIDADES

Recursos pessoais e sociais usados no passado (repertório prévio para lidar com o uso):

Habilidades de enfrentamento atual para manejar situações que desencadeiam o uso:

6. ESTÁGIO DE MUDANÇA

Pré-contemplação (não considera o uso de álcool problemático)
 Contemplação (percebe algo de errado no consumo, mas não sabe precisar ou mudar)

- Preparação (reconhece o problema e se propõe a mudar)
- Ação (coloca em prática estratégias e planos)
- Manutenção (tentativa de manter as mudanças comportamentais em relação ao uso)

7. SUPORTE FAMILIAR E SOCIAL

Situação de moradia:

Situação econômica:

Emprego e educação:

Suporte material: Funcional Limitado Ausente

Suporte emocional: Funcional Limitado Ausente

Composição da rede de suporte social (família, amigos e pessoas próximas):

Tipo de suporte oferecido por cada membro:

Atividades de lazer:

Avaliação da dinâmica familiar/função do álcool:

8. ATUAÇÃO EM EQUIPE

Monitoramento dos sinais Vitais (discutir com a enfermagem)

Terapia farmacológica*:

*Recomendado uso de benzodiazepínicos para controle de abstinência - discutir com farmacêutico.

Hidratação*:

Suplementação*:

*Recomendado uso de vitaminas do complexo B (tiamina) - discutir com a nutrição.

Avaliar necessidade de contenção física* (último recurso)

*Recomendada reavaliação a cada 2 horas

Solicitação de interconsultas. Especialidades:

Apresentação dos aspectos psicológicos à equipe

Discussão geral do caso visando realização de ações integradas

Orientação referente ao manejo com o paciente

Treino assertivo a fim de favorecer a relação interpessoal equipe-paciente

Atendimento conjunto Qual profissional:

Outros:

9. AÇÕES INTERVENTIVAS DIRECIONADAS AO PACIENTE E/OU FAMÍLIA

Intervenções iniciais

- | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Fortalecimento do vínculo | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> Promoção da livre expressão | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> Acolhimento | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> Validação das expressões emocionais | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> Intervenções empáticas (toque afetivo, verbalizações) | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Família |

Intervenções ambientais

- Inserção de relógios e calendários
- Inserção de objetos pessoais
- Mudança de leito, setor ou enfermaria (propiciar ambiente calmo, confortável)

Intervenções voltadas às interações interpessoais

- Treino assertivo (treino de comportamentos que favoreçam as relações interpessoais)
- Mediação da comunicação e estímulo ao contato entre paciente-família
- Mediação da comunicação e estímulo ao contato entre paciente-equipe

Intervenções voltadas para uso abusivo do álcool

- | | | |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Psicoeducação (informações sobre os efeitos e danos do álcool) | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> Feedbacks (oferecer informação ao paciente sobre seus avanços) | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> Uso de metáforas (facilitar <i>insights</i> e compreensão de situações) | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> Modelagem (aproximações sucessivas do comportamento-alvo) | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> Construção do genograma familiar | <input type="checkbox"/> Paciente | <input type="checkbox"/> Família |
| <input type="checkbox"/> Ampliação perceptiva (facilitar a identificação de problemas decorrentes do uso de álcool e fatores que aumentam a exposição a situações de alto risco) | | |
| <input type="checkbox"/> Trabalhar pensamentos disfuncionais e fantasiosos que influenciam no uso de álcool | | |
| <input type="checkbox"/> Reforçar comportamentos referentes à redução de danos (ex: estabelecer um limite de gastos) | | |
| <input type="checkbox"/> Redução de riscos nos bares ou em ambientes festivos (ex: evitar locais com aglomerações, priorizar bares sem objetos cortantes, buscar lugares com atividades que não enfatizem apenas o uso do álcool, saber o que está sendo servido em misturas de bebidas alcoólicas, não aceitar bebidas de estranhos) | | |

- Reduzir danos imediatos após embriaguez aguda - acidentes, violência, conflito com a lei, suicídio, envenenamento não-intencional (ex: carona com um motorista que não tenha bebido, não beber sozinho, procurar profissional de referência quando estiver em crise)
- Reduzir danos percebidos após a embriaguez aguda: gravidez indesejada e DSTs (ex: preservativos)
- Redução de riscos no trabalho (ex: evitar uso antes de operar máquinas, dirigir e/ou realizar técnicas)
- Reconstrução de vínculos afetivos nos casos em que os pacientes apresentam danos causados pelo consumo de álcool à longo prazo (ex: conflitos familiares e depressão)
- Manejo da ansiedade, sobretudo nos períodos de fissura (ex: técnicas de respiração e relaxamento)
- Estímulo ao autocuidado (estabelecimento de ações de cuidado a serem desenvolvidas com subsequente apresentação de reforço)
- Remoção de itens diretamente associados ao consumo de álcool
- Balança decisional para uso/redução/abstinência no pós-alta
- Lista de problemas, possibilidades de lidar conforme repertório atual e metas realistas de curto, médio e longo prazo
- Listar atividades que possam substituir o uso do álcool

Outras:

10. ARTICULAÇÃO COM A REDE DE CUIDADO

- Encaminhamento Paciente Família
- CAPS ad (Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas) - para pacientes com sofrimento psíquico grave relacionado ao uso de álcool.
 - USF (Unidade de Saúde da Família) – para pacientes que necessitam de acompanhamento ambulatorial, doenças crônicas e outras condições relacionadas ao uso de álcool.
 - CRAS (Centro de Referência de Assistência Social)
 - CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social)
 - Outros:
 - Contato com a rede:
 - Discussão do plano terapêutico elaborado no hospital
 - Monitoramento em períodos de 7, 15 e 30 dias (Paciente deu continuidade no cuidado? Está recebendo tratamento adequado? Como está sendo a resposta ao suporte ofertado? Como estão o paciente e família após alta hospitalar?):

Figura 1 Protocolo de atendimento psicológico a pacientes hospitalizados que fazem uso abusivo de álcool

Discussão

O protocolo consiste em um instrumento descritivo de padronização e direcionamento da assistência. Destaca-se como ferramenta potencialmente útil na prática da Psicologia Hospitalar, visto que auxilia na obtenção dos elementos necessários ao planejamento e desenvolvimento de intervenções (Ramos & Peres, 2013). O protocolo aqui apresentado pretende funcionar como instrumento norteador da prática de psicólogos e estudantes de psicologia que atuem na atenção a usuários de álcool em hospitais. Todos os itens devem ser assinalados quando a característica descrita estiver presente ou quando a conduta explicitada for realizada. Atendimentos pontuais não descartam seu uso, podendo ser avaliados itens prioritários ou que se fizerem necessários no momento.

A utilização do protocolo deve considerar as condições das instituições, dos pacientes e os fatores clínicos, sociais, culturais e ambientais. Sua aplicação deve garantir a participação ativa e autonomia dos pacientes e familiares no processo de cuidado, sendo necessário um planejamento interventivo sinérgico. A seguir, serão descritos e discutidos os itens que compõem o instrumento.

1. Identificação e Triagem

Esse item é destinado à identificação do paciente mediante dados sociodemográficos, informações institucionais, medicamentos em uso, histórico de uso de outras drogas e informações sobre o quadro clínico, bem como uma triagem para confirmar a necessidade de intervenções relacionadas ao abuso de álcool. O contato inicial poderá promover apresentação mútua, acolhimento e estabelecimento do vínculo, além de possibilitar uma visão geral sobre o paciente e favorecer a organização dos contatos seguintes. A busca por informações iniciais pode envolver paciente, familiares e equipe.

Embora a identificação de uso abusivo de álcool demande uma entrevista clínica cuidadosa, alguns instrumentos podem ser usados nos contatos iniciais para direcionar o rastreio de um possível uso abusivo. Na triagem, sugerimos a utilização do CAGE por se tratar de um questionário curto e de fácil aplicação, composto por quatro perguntas: 1) Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber? 2) As pessoas o (a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber? 3) O (A) Sr. (a) se sente culpado (a) (chateado consigo mesmo) pela maneira como costuma beber? 4) O (A) Sr. (a) costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou a ressaca? (Diniz, 2017). Duas respostas afirmativas sugestionam *screening* positivo para abuso ou dependência, sendo recomendado a aplicação do protocolo..

2. Internação

Experiências prévias de hospitalização são preditores importantes de repertório comportamental para lidar com possíveis estressores na internação atual. Essa experiência pode contribuir para que o paciente acesse reforçadores positivos, comportando-se de maneira eficiente, a partir do conhecimento que tem sobre si e sobre o ambiente. O tipo de assistência ofertada nas internações anteriores tem papel importante na construção desse repertório, podendo favorecer ou prejudicar a adesão ao tratamento, à adaptação ao contexto hospitalar e as relações interpessoais. Além disso, é importante atentar-se para as informações que o paciente tem acerca do seu quadro clínico e a relação que faz entre o uso de álcool e seu adoecimento, expectativas sobre diagnóstico/prognóstico e a utilização de dispositivos invasivos.

3. Avaliação do Exame Psíquico

O exame psíquico caracteriza-se como uma pesquisa sistemática de alterações do funcionamento mental (Sanches, 2018). Nesse tópico, avalia-se categorias como: Consciência, Atenção, Sensopercepção, Orientação, Memória, Inteligência, Afetividade,

Pensamento, Juízo Crítico, Linguagem, entre outros. O exame psíquico pode utilizar como recurso principal a observação e entrevista com o paciente, e como recursos auxiliares relato de familiares, da equipe e registros do prontuário (Cordioli, Zimmermann & Kessler, 2012).

As alterações psicológicas devem ser avaliadas e descritas, visto que se configuraram como ferramenta importante no raciocínio diagnóstico, na solicitação de interconsultas e nos encaminhamentos extra-hospitalares. A partir da avaliação psíquica, é possível identificar o nível de comprometimento no momento da hospitalização, os danos psicológicos ou psiquiátricos relacionados ao uso e à presença de complicações a ele associadas para planejar de forma adequada as intervenções (Brasil, 2012).

Durante a avaliação é importante atentar-se para alterações que indiquem Síndrome de Abstinência ao Álcool (SAA) e suas possíveis complicações, tendo em vista seu potencial de provocar agravamento do quadro clínico e exigência de manejos específicos. A SAA geralmente inicia-se entre 4-12 horas após cessação ou redução de consumo, com pico de sinais e sintomas após as primeiras 24 horas de abstinência. É comum a presença de insônia, tremores, ansiedade, desconforto gastrointestinal, dores de cabeça, palpitações e falta de apetite. Em casos mais graves o indivíduo pode desenvolver convulsões, alucinações e *delirium tremens* (Ponce et.al. 2016).

4. Análise do uso, riscos e danos associados

Nesse tópico busca-se informações sobre o padrão de consumo do álcool, os riscos e danos físicos (náuseas, cefaleia, dores musculares, dores de cabeça, tremores, etc), psíquicos (insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração, agitação, prejuízo da memória, baixa autoestima, etc) e sociais (conflito familiar, violência, acidentes automobilísticos, acidentes no trabalho, conflito com a lei, etc). Entre os tantos danos possíveis, o álcool pode provocar o surgimento e/ou agravamento de doenças, tais como cirrose, hepatite, úlceras gástricas, câncer de colón, hipertensão, disfunção sexual, dentre

outras. Além disso, seu uso crônico pode desencadear comorbidades psiquiátricas (Brasil, 2004).

Questões como quantidade, frequência, prejuízos, situações, rituais, desencadeadores e aspectos culturais (masculinidade, estigma, etc) associados ao consumo devem ser investigados e descritos para melhor compreensão tanto de comprometimentos orgânicos quanto psicossociais e possibilitar o estabelecimento de relações funcionais desse uso.

5. Mapeamento de Potencialidades

Reduzir os danos provocados pelo abuso do álcool exige mais que o desejo do paciente, sendo necessário o engajamento em ações de mudanças em diversas esferas da vida. A análise dos recursos pessoais e sociais usados no passado ajuda a compreender o repertório do paciente para lidar com o uso. Desse modo, é importante identificar as habilidades de enfrentamento que constituem o repertório do indivíduo e que terão impacto no manejo de situações que de alguma forma influenciam o consumo. A partir dessa identificação é possível trabalhar o desenvolvimento de repertórios alternativos ao uso através da organização de contingências de reforçamento, ainda no período de internação, que favoreçam a aprendizagem e a generalização de respostas de “não abuso” no pós-alta.

6. Estágio de mudança

O modelo Transteórico de Prochaska e DiClemente descreve a prontidão para mudar através dos estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita. Este modelo parte da premissa que a mudança comportamental é um processo composto por diversos níveis de motivação, flexíveis entre si. No estágio inicial temos a pré-contemplação na qual o indivíduo não concebe o uso de álcool como problemático e não considera a possibilidade de mudança; logo após temos a contemplação, permeada por

sentimento de ambivalência, coexistem a percepção dos prejuízos causados pelo uso e a dificuldade em implementar estratégias de mudança; seguido pela preparação, fase em que o indivíduo encontra motivos para mudar e se prepara para sua efetivação; a ação, na qual são colocados em prática estratégias previamente selecionadas; e, por fim, a manutenção, onde são trabalhados os ganhos obtidos na ação e a prevenção de recaídas (Felix, Calheiros, & Crispim, 2018).

Para avaliação dos estágios de mudança recomendamos o uso do University of Rhode Island Change Assessment Questionnaire (URICA), escala criada por McConaughy, DiClemente, Prochaska e Velicer. Trata-se de uma medida de auto-relato, criada inicialmente para estudar os problemas relacionados tabagismo e atualmente vem sendo utilizada para todos os problemas associados a comportamentos de dependência. No Brasil, a URICA tem sido utilizada em sua versão reduzida (composta por 24 itens), dividido em quatro subescalas: pré-contemplação (6 itens), contemplação (6 itens), ação (6 itens) e manutenção (6 itens). O instrumento é autoaplicável sendo que, para cada item, existem 5 alternativas de respostas em escala Likert, variando de discordo totalmente a concordo totalmente (Del Rio Szupszynski & Oliveira, 2008).

A compreensão do estágio de mudança permite que as intervenções sejam alinhadas à motivação do paciente em um dado momento e um maior planejamento com relação ao fracionamento das metas relacionadas ao uso. Ressalta-se que os lapsos e recaídas são comuns no uso abusivo de álcool, devendo ser previstos no processo de cuidado. Ademais, a redução de danos não implica necessariamente na redução ou interrupção do consumo.

7. Suporte Social e Familiar

A rede de apoio caracteriza-se por um sistema de relações formais e informais capaz de proporcionar suporte emocional, material e/ou informações que facilitem a

vivência de eventos aversivos e abrange tanto o grupo social como familiar (Griep, 2003). O uso abusivo de álcool constitui-se como problemática complexa com impacto, geralmente, negativo nas relações sociais e interferência no cotidiano.

Durante o período de ingestão do álcool, é comum o afastamento de pessoas significativas, em paralelo a aproximação de pessoas que também fazem uso do álcool. A influência negativa do grupo social é apontada por Carrol (2002, citado por Álvarez, 2007) como um dos fatores que mais contribuem para a recaída. Dessa forma, é importante fazer o levantamento da rede de suporte que se encontra disponível e trabalhar o fortalecimento e ampliação de relações interpessoais saudáveis.

Em situações de abuso de álcool pode ocorrer a concentração de várias funções em uma figura tida como referência, o que tende a gerar desgaste físico e emocional intenso e culminar em afastamento. Desse modo, entender quem são as pessoas que fazem parte da vida do paciente e qual papel cada uma ocupa ou está disposto a ocupar torna claro que tipo de reforçador cada ponto da rede tem a oferecer e possibilita que o paciente tire o melhor de cada relação.

8. Atuação em equipe

Uma boa condução clínica de pacientes que fazem uso de álcool exige abordagem multiprofissional, visto que o uso está associado a múltiplos fatores que demandam conhecimentos e ações de profissionais de áreas distintas. A abordagem terapêutica deve abranger tanto o manejo de intoxicação e sintomas de abstinência quanto à presença de comorbidade e definição de um plano terapêutico conjunto que leve em consideração a singularidade e complexidade do caso (Henrique & Ferreira, 2018). Esse tópico abrange a atuação da equipe multiprofissional, enfatizando a necessidade de discussões de caso e intervenções que instrumentalizem a equipe para esse cuidado.

9. Ações interventivas direcionadas ao paciente e/ou família

As propostas terapêuticas devem sempre levar em consideração o contexto do paciente, rotina, escolhas e rede de apoio (Rezende, 2016). Devem envolver investimentos na vinculação paciente-psicólogo, na ambiência, nas estratégias de redução de danos ou riscos e modificações do padrão de uso. As ações psicoeducativas demandam linguagem acessível e sensibilidade às singularidades da vida do paciente. Embora os acessos a informações não impliquem necessariamente em mudanças comportamentais, podem ser significativas para alguns pacientes e familiares, sobretudo no entendimento dos efeitos gerados pelo álcool.

O protocolo foca suas ações interventivas de redução de danos e diminuição dos riscos de agravos em diferentes contextos. A identificação dos problemas relacionados ao abuso de álcool e elaboração conjunta de metas realistas (de curto, médio e longo prazo) podem motivar mudanças e implicar o paciente em seu tratamento. A inclusão do grupo familiar no plano terapêutico é essencial, sendo importante considerar a família para além de fornecedores de informações, reconhecer as necessidades individuais de cada membro e ofertar cuidado a seus integrantes. Para intervenções nesse sentido, o genograma tem sido descrito como uma técnica gráfica útil por permitir uma visão ampliada dos padrões e relações familiares que envolvem o processo saúde-doença (Borges, Costa & Faria).

Para todas as intervenções, direcionadas tanto à família quanto ao paciente, recomendamos que a sua adequação seja reavaliada à medida que forem realizadas.

10. Articulação com a rede de cuidado

A continuidade do cuidado ao paciente requer uma articulação do profissional com outros dispositivos da rede, a qual se constitui enquanto conjunto de serviços que interagem e se complementam para ofertar um cuidado integral (Avelar & Malfitano, 2018). A articulação pressupõe um olhar interdisciplinar e a integração dos profissionais

e serviços. Ao acionar outros dispositivos deve-se avaliar e adequar o tipo de tratamento às necessidades do paciente, dando preferência à rede pública.

Nesse último tópico, são apresentadas algumas possibilidades de encaminhamento que devem estar alinhados às possibilidades, desejos e necessidades apresentadas durante todo o processo de avaliação e intervenção. O psicólogo deve utilizar ferramentas de referência e contrarreferência para acompanhar o paciente em seu itinerário pela rede e facilitar o compartilhamento do projeto terapêutico iniciado durante a hospitalização.

Considerações finais

A inserção da psicologia hospitalar na assistência a pacientes que fazem uso abusivo de álcool é relevante para garantir a inclusão dos aspectos emocionais no cuidado e desenvolver estratégias que contemplem a singularidade e integralidade do sujeito, possibilitando sua autonomia e protagonismo no tratamento. Esse artigo apresentou o processo de elaboração de um protocolo de atendimento psicológico a usuários de álcool no contexto hospitalar. Os resultados serviram de base para a sistematização dos principais pontos a serem considerados na avaliação e intervenção psicológicas no abuso de álcool.

Embora o protocolo se proponha a funcionar como norteador da atuação do psicólogo, sua aplicabilidade e adequação devem ser avaliadas processualmente através de análises individuais dos casos, levando sempre em consideração a função do comportamento e o contexto de vida do usuário. Esperamos que esse protocolo seja uma ferramenta terapêutica útil para a demarcação da participação do psicólogo hospitalar junto a pacientes, familiares, equipe multiprofissional e rede de atenção no cuidado relacionado ao abuso de álcool.

O estudo traz como limitação o número reduzido de participantes e dificuldade no preenchimento total do protocolo para todos os pacientes, dada à variação do tempo

de internamento. É importante ressaltar a necessidade de mais estudos que permitam a aplicação e avaliação do protocolo em outras unidades hospitalares e sua replicação em uma amostra maior, bem como o desenvolvimento de outras pesquisas que contemplem a atenção psicológica a esses pacientes e que corroborem para a construção de um fazer psicológico resolutivo e cientificamente fundamentado.

Referências

- Álvarez, A. M. A. (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56(3), 188-193. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852007000300006>
- Avelar, M. R., & Malfitano, A. P. S. (2018). Entre o suporte e o controle: a articulação intersectorial de redes de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23, 3201-3210. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13872018>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições, 70.
- Borges, C. D., Costa, M. M da., & Faria, J. G de. (2015). Genograma e atenção básica à saúde: em busca da integralidade. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(2), 133-141. Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200007
- Brasil (2012). *Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. Ministério da Justiça, Brasília, DF. Recuperado de: <http://acolhimentoemrede.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Livro-Capacita%C3%A7%C3%A3o-SUS-SUAS.pdf>
- Brasil (2004). *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Ministério da Saúde, Brasília, DF.
- Brasil (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas*. Ministério da Saúde, Brasília, DF. Recuperado de: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf
- Cordioli, A. V., Zimmermann, H. H., & Kessler, F. (2012). *Rotina de avaliação do estado mental*. Recuperado de: <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20do%20Estado%20Mental.pdf>
- Del Rio Szpyszynski, Karen Priscila & Oliveira, Margareth da Silva. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1), 31-39. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712008000100005>

- Diniz, C. F. G. (2017). Abuso/dependência de álcool em profissionais de saúde da Rede Municipal de Saúde de Belo Horizonte (Dissertação de mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte-MG.
- Felix, J. I., Calheiros, P. R. V., & Crispim, P. D. (2018). Motivação para mudança no uso de substâncias entre usuários de drogas encaminhados pela justiça. *Trends in Psychology*, 26(3), 1363-1378. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.3-09pt>.
- Gomes, T. B., & Vecchia, M. D. (2018). Estratégias de redução de danos no uso prejudicial de álcool e outras drogas: revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(7), 2327-2338. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.21152016>.
- Griep, R. H. (2003). *Confiabilidade e validade de instrumentos de medida de rede social e de apoio social utilizados no Estudo Pró-Saúde* (Tese de Doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
- Henrique, T. C., & Ferreira, M. H. F. (2018) Manejo de Pacientes Internados em Hospital Geral/Atuação com Usuários de Álcool e Drogas. Em: M. N. Baptista, R. R. Dias, & A. S. D. Baptiste (Eds.), *Psicologia Hospitalar: Teoria Aplicações e Casos Clínicos*. (pp.259-269). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ponce, T. D., Prates, J. G., Vargas, D. D., Oliveira, M. A. F. D., Claro, H. G., & Gnatta, L. R. (2016). Training of nursing teams for the attendance of the alcohol withdrawal syndrome: integrative review. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 12(1), 58-64. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/803/80346410008.pdf>
- Nery, L. B., & Fonseca, F. N. (2018). Análises funcionais moleculares e molares: um passo a passo. In A. K. Farias, F. N., Fonseca, & L.B. Nery (Eds.). *Teoria e formulação de casos em análise comportamental clínica*, (pp. 22-54). São Paulo: Artmed.
- Moore, J. (2017). Seleção comportamental por consequências. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento*, 13(2). <http://dx.doi.org/10.18542/rebac.v13i2.5905>
- Pereira, G. B., & de Oliveira, M. M. (2016). Internações em Unidade de Terapia Intensiva relacionadas ao uso abusivo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. *VITTALLE-Revista de Ciências da Saúde*, 28(1), 49-64. Recuperado de: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/6224/4231>
- Pontes, A. K., Ferreira, A. A. L., & Bicalho, P. P. G. (2018). Uma história da internação de ébrios, alcoolistas e vadios durante a Primeira República: lições para as políticas atuais?. *Revista de psicologia (Santiago)*, 27(2), 127-144. <http://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2019.52314>.
- Ramos, J. L., & Peres, R. S. (2013). Protocolo de avaliação psicológica para pacientes oncológicos: Uma proposta. *Psicologia Argumento*, 31(75), 729-737. <http://dx.doi.org/10.7213/psicol.argum.31.075.AO10>
- Rezende, A. R. D. (2016). *Atenção psicológica a usuários de substâncias psicoativas: uma proposta de protocolo para hospital geral* (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-

Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial da Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, Brasil.

Sanches, M., Marques, A. P., Ortegosa, S., Freirias, A., Uchida, R., & Tamai, S. (2018). O exame do estado mental. É possível sistematizá-lo?. *Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo*, 50(1), 18-23. Recuperado de: <file:///C:/Users/user/Downloads/428-826-1-SM.pdf>

Skinner, B. F. (1994). *Ciência e comportamento humano*. (9ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. (original publicado em 1953).

Vieira, M. C. (2010). Atuação da psicologia hospitalar na medicina de urgência e emergência. *Rev Bras Clin Med*, 8(6), 513-9. Recuperado de: <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n6/a1602.pdf>

World Health Organization (WHO) (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*.

Volkow, N.D., Michaelides, M., & Baler, R. (2019). The neuroscience of drug reward and addiction. *Physiological reviews*, 99 (4), 2115-2140. <https://doi.org/10.1152/physrev.00014.2018>

Submetido em: 08.05.2020

Aceito em: 15.01.2021