

 <https://doi.org/10.58871/000.25042023.v2.30>

**MANEJO DOS PACIENTES COM INTOXICAÇÃO ALCOÓLICA NA
EMERGÊNCIA PSIQUIÁTRICA**

**MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ALCOHOLIC POISONING IN
PSYCHIATRIC EMERGENCY**

DANIEL SOARES DE ARAÚJO
Centro Universitário Alfredo Nasser

TATIANA YOSHIDA MINAKAMI
Universidade de Rio Verde

ISABELLA RAMOS CRUZ
Universidade de Rio Verde

CAROLLINNE CRUVINEL RIBEIRO
Universidade de Rio Verde

SANNYA PAES LANDIM BRITO ALVES
Universidade Federal do Piauí

SAULO APARECIDO MACHADO OLIVEIRA
Universidade de Rio Verde

MARIA EDUARDA FERREIRA NUNES
Centro Universitário de Várzea Grande

MARIA EDUARDA DE OLIVEIRA TARDIVO ROCHA
Centro Universitário De Brasília

LUIZ FERNANDO YABUMOTO
Centro Universitário de Mineiros

LARA CÂNDIDA DE SOUSA MACHADO
Universidade de Rio Verde

RESUMO

Objetivo: o objetivo é evidenciar as práticas de manejo de pacientes com intoxicação alcoólica na emergência psiquiátria. **Metodologia:** trata-se uma revisão narrativa. Foi utilizado os bancos de dados: PubMed (*US National Library of Medicine*) e SciELO

(Scientific Electronic Library Online), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os unitermos para ir de encontro à temática “álcool” AND “emergência” AND “Psiquiatria”. Utilizou-se os critérios de inclusão: estudo original e não original, publicado em periódico com corpo editorial, publicados na íntegra, entre os anos de 2000 e 2022. Foram excluídos, editoriais, comentários, cartas aos editores, resumos, estudos de acompanhamento que não tiveram um grupo de comparação e os que não se enquadravam na temática abordada. Encontraram-se 164 trabalhos, dos quais, foram utilizados 14 para comporem este capítulo. **Resultados e Discussão:** a apresentação clínica depende do nível de alcoolemia, tolerância do paciente, estado alimentar e velocidade de ingestão. Pode causar hipoglicemia, acidose, hipocalemia, hipomagnesemia, hipoalbuminemia, hipocalcemia, hipofosfatemia, taquicardia, taquipneia, bradipneia, hipotermia, hipotensão, pulso irregular, agitação psicomotora, choque distributivo, choque hipovolêmico e morte. Em casos leves haloperidol 2,5 a 5,0 mg com diazepam 10 mg via oral. O atendimento ao intoxicado pelo álcool é iniciado pelo SAMU como urgência psiquiátrica. O paciente é conduzido à emergência, estabilizado e encaminhado à rede de atenção à Saúde Mental. Atentar-se à comorbidades como hepatomegalia, desnutrição, infecções, drogadição, doenças mentais e medicamentos em uso. São indicações de internação: síndrome de abstinência, riscos de: suicídio, auto-agressão, agressão ou homicídio; auto-negligência grave, refratariedade, terapêutica complexa ou falta de suporte familiar. **Considerações Finais:** cabe ao profissional engajar o paciente e a família no tratamento. O álcool por ser consumido desregradamente provoca altas taxas de emergência em saúde e isso demanda políticas públicas de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce.

Palavras-chave: Álcool; Emergência; Psiquiatria.

ABSTRACT

Objective: the objective is to highlight the management practices of patients with alcohol intoxication in the psychiatric emergency. **Methodology:** this is a narrative review. The following databases were used: PubMed (US National Library of Medicine) and SciELO (Scientific Electronic Library Online), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Virtual Health Library (BVS). The keywords were used to meet the theme "alcohol" AND "emergency" AND "Psychiatry". The inclusion criteria were used: original and non-original study, published in a journal with an editorial board, published in full, between the years from 2000 and 2022. Editorials, comments, letters to editors, abstracts, follow-up studies that did not have a comparison group and those that did not fit the theme addressed were excluded. 164 works were found, of which 14 were used. to compose this chapter. **Results and Discussion:** the clinical presentation depends on the level of alcoholemia, patient tolerance, food status and intake rate. It can cause hypoglycemia, acidosis, hypokalemia, hypomagnesemia, hypoalbuminemia, hypocalcemia, hypophosphatemia, tachycardia, tachypnea, bradypnea, hypothermia, hypotension, irregular pulse, psychomotor agitation, distributive shock, hypovolemic shock and death in mild cases haloperidol 2.5 to 5.0 mg c with diazepam 10 mg orally. Assistance to people intoxicated by alcohol is initiated by SAMU as a psychiatric emergency. The patient is taken to the emergency room, stabilized and referred to the Mental Health care network. Pay attention to comorbidities such as hepatomegaly, malnutrition, infections, drug addiction, mental illnesses and medications in use. Indications for hospitalization are: abstinence syndrome, risks of: suicide, self-harm, aggression or homicide; severe self-neglect, refractoriness, complex therapy or lack of family support. **Final Considerations:** It is up to the professional to engage the patient and family in the treatment. Because alcohol is consumed indiscriminately, it causes high rates of health emergencies and this

demands public policies for prevention, diagnosis and early treatment.

Keywords: Alcohol; Emergency; Psychiatry.

1. INTRODUÇÃO

O álcool é a substância psicoativa mais utilizada em nossa sociedade. Tem ampla aceitação cultural, diversas apresentações, modos de consumo e fácil acesso ao usuário. Apresenta por isso, maior incidência de complicações relacionadas ao uso continuado e abusivo ou à interrupção desse em usuários crônicos, a síndrome de abstinência (LARANJEIRA *et al.*, 2001).

No Brasil, os estudos epidemiológicos mais abrangentes do uso de álcool na população geral foram os realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), o qual englobou as 107 cidades com mais de 200 mil habitantes correspondendo a 47.045.907 habitantes, ou seja, 27,7% do total do Brasil. A amostra abrangeu 8.589 entrevistados. O uso de álcool na população total foi de 68,7% (SOUSA *et al.*, 2010).

O uso de substâncias em si constitui-se em problema prevalente, mas também está relacionado a outros agravos à saúde. Entre as visitas a PSG, o álcool está associado a quase 70% dos homicídios, 40% dos suicídios, 50% dos acidentes de automóvel, 60% das queimaduras fatais, 60% dos afogamentos e 40% das quedas fatais. Além das causas externas, o álcool também está relacionado a uma variedade de doenças que pode incluir hipertensão, acidente vascular cerebral (AVC), diabetes, doenças do fígado e do estômago e câncer de mama e de esôfago (AMARAL *et al.*, 2010).

A maioria dos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool tem múltiplos antecedentes psicossociais como dificuldade de aprendizado, conflitos familiares e problemas sociais, além disso, o uso de substâncias nessa faixa etária está, muitas vezes, associado a algumas comorbidades psiquiátricas como a depressão, transtornos ansiosos que conjuntamente com o abuso de drogas são considerados importantes fatores de risco de suicídio entre os jovens (MACEDO, 2014).

O atendimento aos usuários de álcool e outras drogas é provavelmente aquele que gera maior mobilização por parte do profissional, independente da categoria profissional. Sobretudo, quando consideramos que o atendimento dessa situação é influenciado pela ambiguidade de valores, concepções e representações sociais predominantemente estigmatizadas do senso comum, que consideram tal questão como um problema moral relacionado à instabilidade emocional e falta de força de vontade dos usuários (PRATES, 2011).

O serviço de urgência e emergência assume um papel fundamental neste cenário, sobretudo por ser considerado uma das portas de entrada no sistema de saúde. Esse serviço é caracterizado pela capacidade das equipes para a preservação da vida, garantindo diagnóstico diferencial e tratamento eficiente reduzindo a mortalidade, morbidade e sequelas em qualquer especialidade (PRATES, 2011).

O tratamento de usuários dependentes de substâncias psicoativas, como o álcool, objetiva avaliar comorbidades e estabilizar quadros de crise, com posterior abordagem dos problemas psicossociais e requer, para sua eficácia, um tempo de permanência adequado (NÓBREGA *et al.*, 2018).

2. METODOLOGIA

O presente estudo é uma revisão integrativa. Foi utilizado os bancos de dados: PubMed (*US National Library of Medicine*) e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*), *Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences* (LILACS) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram utilizados os unitermos para ir de encontro à temática “álcool” AND “emergência” AND “Psiquiatria”. Utilizou-se o operador booleano “AND” para a busca dos artigos. Para complementar as buscas nas bases de dados, revisou-se todas as referências dos artigos selecionados e dos artigos de revisão. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: estudo original e não original, publicado em periódico com corpo editorial, publicados na íntegra, entre os anos de 2000 e 2022 e que estivessem nas línguas portuguesa, inglesa e espanhola. Foram excluídos, editoriais, comentários, cartas aos editores, resumos, estudos de acompanhamento que não tiveram um grupo de comparação e os que não se enquadravam na temática abordada. Por fim, encontraram-se 164 trabalhos, dos quais, foram utilizados 14 para comporem este capítulo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A apresentação clínica da intoxicação pelo álcool é bastante variada, dependendo principalmente do nível de álcool no sangue (alcoolemia) e do nível de tolerância previamente desenvolvido pelo paciente. Outros fatores como o estado alimentar, a velocidade da ingestão do álcool e alguns fatores ambientais também podem ter papel relevante (AMARAL *et al.*, 2010).

O álcool pode causar diversos efeitos metabólicos potencialmente letais. A hipoglicemia

é um efeito raro em adultos, mas crianças e adolescentes estão sob maior risco de desenvolvê-lo. Outros efeitos metabólicos são acidose, hipocalcemia, hipomagnesemia, hipoalbuminemia, hipocalcemia e hipofosfatemia. Efeitos cardiovasculares podem surgir também: taquicardia, vasodilatação periférica e depleção de volume, o que pode contribuir para a indução de hipotermia e hipotensão (PIANCA *et al.*, 2017).

A taxa de eliminação do álcool do organismo é, geralmente, de 10 a 30mg% por hora. Desta forma, as metas para o tratamento da intoxicação por álcool são dirigidas para preservar a função respiratória e cardiovascular até que os níveis de álcool caiam para uma faixa segura (AMARAL *et al.*, 2010).

Quando não houver essa medida objetiva, pode-se tentar estimar através da quantidade consumida e há quanto tempo foi feito o último consumo. Para uma estimativa grosseira em adolescentes mais velhos, pode-se calcular a metabolização de uma dose (14g de etanol) por hora. O manejo da intoxicação aguda para todos os indivíduos deve ser focado nas complicações clínicas apresentadas, como correção da hipoglicemia, hipomagnesemia ou manejo da agitação (PIANCA *et al.*, 2017).

As medicações disponíveis para o uso em casos de agitação psicomotora são os antipsicóticos, os benzodiazepínicos e as associações dessas medicações (DEL *et al.*, 2017).

Para a agitação grave, devem-se preferir antipsicóticos típicos, como o haloperidol, por menor chance de interação com álcool. A prevenção da aspiração de conteúdo gástrico deve ser buscada com a administração de antieméticos, assim como a garantia da via aérea, depende do grau de sedação do paciente. Busca-se acesso venoso, se necessário, para garantir a administração de fluidos. Em crianças e adolescentes, o tratamento segue as mesmas diretrizes, com especial atenção para a hipoglicemia e a hipotermia (PIANCA *et al.*, 2017).

Os antipsicóticos de nova geração apresentam um melhor perfil de efeitos colaterais, com uma alta efetividade em reduzir a agitação sem sedação. No entanto, são medicações com custo elevado e pouco disponíveis nos serviços de saúde (DEL *et al.*, 2017).

Se o paciente ainda está cooperativo, mas com risco de agitação, administração por via oral pode ser tentada. Geralmente, associamos haloperidol, em doses de 2,5 a 5 mg com diazepam, na dose de 10 mg. Se há história de sintomas parkinsonianos, recomenda-se que sejam evitados antipsicóticos de alta potência. Por outro lado, se o paciente apresenta comorbidade clínica desfavorável, com risco de rebaixamento do nível de consciência ou risco de depressão respiratória recomenda-se evitar benzodiazepínicos (DEL *et al.*, 2017).

O tratamento dos problemas das vias aéreas é a mais alta prioridade. Se a via aérea está aberta, mas a vítima não respira, deve ser iniciado o suporte ventilatório. Isto inclui a

administração de altas concentrações de oxigênio 85% ou maior assim que possível. Se o paciente apresenta sinais de sofrimento respiratório e pequena troca de ar expressão torácica diminuída, a assistência ventilatória deve incluir uso de máscara facial associada a um balão dotado de válvula unidirecional (TAYLOR, 2012).

O atendimento à pessoa em crise psiquiátrica, quando ocorre em domicílio ou em via pública é geralmente feito pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Segundo a Portaria 2048/GM, que regulamenta o atendimento das urgências e emergências, a crise em saúde mental é frequentemente identificada como urgência psiquiátrica, e atribuída como uma das responsabilidades do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), compartilhada com a rede de atenção à saúde mental, a polícia e ao corpo de bombeiros (DIAS *et al.*, 2013).

Seguido do atendimento, os pacientes são encaminhados às instituições de suporte à saúde mental, onde a partir da regulação feita no atendimento inicial, podem ser encaminhados a alguma unidade de saúde que o município oferta para prestar assistência, podendo ser o CAPS (DIAS *et al.*, 2013).

Além do SAMU, os serviços preconizados para o atendimento em situações de crise são os CAPS III, os serviços de emergência especializados em psiquiatria, as UPAS e os Hospitais Gerais. A realidade supracitada pode ser estendida a esses serviços, aonde há grande rotatividade de profissionais, baixos salários, profissionais recém-formados e, muitas vezes, pouco capacitados para o atendimento em saúde mental (BERETTA, 2020).

De acordo com a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, os serviços especializados, como CAPSad, devem possuir estrutura para desintoxicação, porém, quando o indivíduo apresentar alterações clínicas importantes, este deve ser encaminhado a um pronto-socorro ou serviço de emergência, onde deverá ser estabilizado e encaminhado novamente a um serviço especializado da rede (PRATES, 2011).

Quando o estado de intoxicação é identificado, torna-se necessária uma avaliação mais detalhada do uso. Em um contexto de emergência, as informações sobre o uso concomitante de outras SPA, as quantidades e o tempo desde o último consumo são fundamentais no manejo. Como base nesses dados, deve-se estimar se os sintomas de intoxicação irão aumentar ou diminuir nas próximas horas (PIANCA *et al.*, 2017).

A intoxicação aguda, por sua vez, é passageira (o organismo metaboliza cerca de 0,015mg% de álcool/hora¹⁰, ou cerca de uma unidade de álcool (10gr)/hora (uma unidade equivale a um copo de cerveja ou um copo de vinho). Na maioria dos casos é necessário apenas assegurar a interrupção da ingesta de álcool pelo indivíduo e proporcionar-lhe um ambiente seguro e livre de estímulos, onde possa passar algumas horas (LARANJEIRA *et al.*, 2001).

Um exame físico cuidadoso deve ser feito logo na entrada, a fim de detectar sinais de complicações (aspiração brônquica, crises hipertensivas, etc.) e sinais de cronicidade ou comorbidades (hepatomegalia, desnutrição, infecções, etc.). Caso seja possível, obtenha a história de uso do álcool e outras drogas (pregressa e atual), patologias crônicas (clínicas e psiquiátricas) e medicamentos em uso e queixas presentes do paciente (LARANJEIRA *et al.*, 2001).

Os principais sinais e sintomas encontrados na maioria dos casos são: Náuseas e vômitos, diarreia, dor abdominal, câimbras, ardência, odor, manchas ao redor e dentro da boca, sonolência ou inconsciência, odores característicos (na respiração, na roupa ou no ambiente), respiração anormal (rápida, lenta ou com dificuldade), pulso irregular, cefaleia e dificuldade para engolir (TAYLOR, 2012).

O Sistema de Classificação de Pacientes em Álcool e outras Drogas (SiCAD), é demasiadamente importante na emergência, contempla 11 indicadores com três subcategorias (mínima, intermediária e alta dependência), que variam em pontuação de 1 a 3, e somatório de 11 a 33, conforme a complexidade. Seus indicadores são: Aspectos Gerais; Orientação, Pensamento e Sensopercepção; Humor e Afeto; Atitude e Postura; Comportamento; Alimentação e Hidratação; Eliminações; Padrão de Sono; Tratamento farmacológico e não farmacológico e Aspectos clínicos e Aspectos Motivacionais (NÓBREGA *et al.*, 2018).

A Escala de Coma de Glasgow é uma ferramenta utilizada para determinar o nível de consciência. É um método simples e rápido para determinar a função cerebral e é preditivo da sobrevivência do paciente, especialmente em melhor resposta motora. Ela também prevê a função cerebral basal para avaliações neurológicas seriadas. É dividida em três seções: 1) abertura ocular; 2) melhor resposta verbal; e 3) melhor resposta motora OVM. O profissional pontua o paciente em um escore de acordo com a melhor resposta para cada componente (TAYLOR, 2012).

O nível de consciência do doente pode também ser avaliado aplicando-se o acrônimo AVDI, que significa: A – Alerta; V – Responde a estímulo verbal; D – Responde a estímulo de dor; I – Inconsciente. Embora o AVDI seja mais rápido de ser avaliado que a Escala de Coma de Glasgow, propicia informações menos exatas. A Escala de Coma de Glasgow é uma avaliação chave realizada no setor de emergência (TAYLOR, 2012).

O acolhimento também é um importante fator na conduta do profissional de saúde, pois transforma as relações entre os profissionais e usuários e dentro da própria equipe, transformando-as em interações democráticas, que estimulam a participação, autonomia e decisão coletiva. O acolhimento utilizado como técnica é a aplicação do saber profissional na

produção de respostas ao usuário. Quando se trata da equipe multiprofissional, há a articulação dos saberes interdisciplinares, buscando superar a fragmentação na busca de construção de novas respostas às demandas dos usuários (PRATES, 2012).

Pode haver também estados de *blackouts*, ao quais são episódios transitórios e lacunares de amnésia retrógrada para fatos e comportamentos ocorridos durante graus variados de intoxicação alcoólica. Podem ocorrer em associação com o beber excessivo, em pessoas dependentes ou não, embora acredita-se que apareça nas fases tardias da dependência. Não há uma explicação causal de consenso. Teorias atuais acreditam que haja uma relação entre a diminuição da ação da serotonina e a desregulação dos neuroreceptores excitatórios na gênese dos *blackouts* (LARANJEIRA *et al.*, 2001).

As situações que caracterizam as principais indicações de internação em psiquiatria são: risco de suicídio, risco de agressão, risco de homicídio, autonegligência grave, refratariedade e patologia de difícil controle em nível ambulatorial, troca de esquema terapêutico que exija cuidados ou que coloque o paciente em situação de risco (piora dos sintomas ou efeitos adversos) e paciente sem suporte familiar, necessário para tratamento ideal. Dessa forma, a maior parte dos atendimentos na emergência de pacientes alcoolizados, não haverá necessidade de internação (CALDIERADO *et al.*, 2008).

A necessidade de internação ocorre quando o paciente se apresenta em síndrome de abstinência (conjunto de sintomas desenvolvidos em função da abstinência ou redução da substância no organismo), devido à necessidade de monitoramento constante de seu quadro clínico. Entretanto, o pico dos sintomas ocorre entre 24 e 48 horas, desaparecendo, na maioria dos casos, após sete dias. Após quinze dias há remissão dos sintomas da síndrome de abstinência (ZURITA *et al.*, 2013).

Por fim, o profissional de saúde deve tentar engajar o paciente e sua família no tratamento, tentando correlacionar os problemas clínicos com o uso do álcool, considerando o paciente como portador de uma doença e procurando informá-lo da reversibilidade do quadro da intensidade dos sintomas de abstinência, da intensidade das complicações orgânicas e psíquicas com o tratamento. Ainda deve-se tratar do nível de aceitação do paciente da sua própria realidade e do nível da retaguarda familiar e assistência disponível (SILVA *et al.*, 2012).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como evidenciam os dados, houve um número significativo de atendimento de emergência psiquiátrica determinado pelo abuso do álcool. Tal fato chama a atenção, pois o

álcool é uma droga considerada de uso natural e é comum seu consumo no ambiente domiciliar, em festividades, ou mesmo em ambientes públicos. Diante desse problema, é visível a necessidade de maior intervenção por parte das políticas públicas na dependência química, não só nas drogas ditas ilícitas, mas, particularmente, em relação ao álcool. Este, por ser lícito, está sendo consumido desregradadamente. Dessa forma, torna-se uma droga perigosa, pois traz consigo inúmeras complicações clínicas, psicológicas, familiares e sociais.

Além disso, vale ressaltar que o diagnóstico e tratamento precoces da dependência ao álcool têm papel fundamental no prognóstico deste transtorno, o que se amplia em uma perspectiva global de prevenção e promoção da saúde, e se agrava ao constatarmos que, de uma forma geral, o despreparo significativo e a desinformação das pessoas que lidam diretamente com o problema, sejam elas usuários, familiares ou profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AMARAL, R. A.; MALBERGIER, A.; DE ANDRADE, A. G. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 32, n. 2, p. 5104–5111, 2010.

BERETTA, L. L. Análise de associação entre resiliência, qualidade de vida e uso de substâncias psicoativas por profissionais de saúde em emergência psiquiátrica. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Ciências do Cuidado em Saúde) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói 2020.

CALDIERADO, M.; SPODE, A; MPA, F. **Avaliação do Paciente na Emergência. Emergências Psiquiátricas**, p. 17–48, 2008.

DEL, C. M. et al. Psychiatric emergencies: psychomotor agitation management and suicide risk assessment. *Medicina (Ribeirao Preto)*, v. 50, n. 1., p. 98, 2017.

DIAS, L. K. S. et al. Atendimento pré-hospitalar às urgências psiquiátricas por uso de substâncias psicoativas. **Sanare**, v. 12, n. 2, p. 47–53, 2013.

LARANJEIRA, R. et al. **Álcool e drogas na sala de emergência**. Práticas psiquiátricas no hospital geral: interconsulta e emergência, p. 223-250, 2001.

MACEDO, M. M. **O perfil das crianças e adolescentes usuários de álcool e/ou outras drogas atendidas em um pronto socorro e a percepção da equipe de enfermagem sobre o processo de trabalho nesta unidade**. Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo, p. 76, 2014.

NÓBREGA, M. DO P. S. DE S.; MUNHOZ, R. I.; ROVAROTTO, J. Sistema de Classificação de Pacientes em álcool e outras drogas: construção e validação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, n. 0, p. 1–7, 2018.

PIANCA, T. G. et al. Identification and initial management of intoxication by alcohol and other drugs in the pediatric emergency room. **Jornal de Pediatria**, v. 93, p. 46–52, 2017.

PRATES, J. G. A **representação social dos Enfermeiros de serviços de urgência e emergência acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. 2011.

SILVA, R. A. R. DA et al. Perfil clínico-epidemiológico de adultos hiv-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. **Revista Online de Pesquisa**, v. 8, n. 3, p. 4826–4832, 2016.

SOUSA, F. S. P.; DA SILVA, C. A. F.; OLIVEIRA, E. N. Serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral: Estudo retrospectivo. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 3, p. 796–802, 2010.

TAYLOR, C. M.; DE ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA DE MERENESS, Fundamentos. ATIVIDADE 62–EMERGÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL. GUIA CURRICULAR MÓDULO III, v. 30190, p. 248, 2012.

ZURITA, R. C. M.; ZURITA, R. M.; CARVALHO, V. A. Prevalência de alcoolismo em internações hospitalares na emergência psiquiátrica. **Revista Eletronica Gestão & Saúde**, v. 1, n. 1, p. 1783, 2013.