

Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo

Nurse consultation with alcoholic patients in alcoholism assistance program

Mariana Lorencetti Fornazier e Marluce Miguel de Siqueira

Resumo

Objetivo: Descrever e analisar as atividades desenvolvidas pela enfermagem na consulta dirigida a alcoolistas do Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (PAA/HUCAM/UFES). **Métodos:** O estudo foi desenvolvido no PAA/HUCAM/UFES a partir de um levantamento das consultas de enfermagem (CE) realizadas com pacientes alcoolistas no período de janeiro a dezembro de 2002. A coleta de dados deu-se por meio de um questionário contendo dados de identificação e do seguimento de enfermagem. Foram empregadas as análises quantitativa, através da estatística descritiva, e qualitativa nas etapas da CE. **Resultados:** Foram realizadas 603 CE (28,7% em primeiro atendimento e 71,3% em retornos). Quanto ao perfil da clientela, 28% eram da região metropolitana; 94% do sexo masculino e 6% do feminino; 50,6% casados, na faixa etária de 40 a 60 anos; e 73,6% apresentaram grau de severidade *grave* de dependência alcoólica. Nas orientações para o autocuidado na primeira consulta, priorizou-se a diminuição dos sinais e sintomas da síndrome de abstinência, e nas de seguimento, o alcoolismo como doença e suas complicações. **Conclusão:** A CE no PAA/HUCAM/UFES tem sido desenvolvida através do atendimento prioritário das necessidades humanas básicas (teoria de Horta), concentrando a atenção de enfermagem no autocuidado (teoria de Orem). Dessa forma, a enfermagem vem propiciando condições facilitadoras por meio de uma informação qualificada e contínua que vise a manutenção da abstinência do álcool e a reformulação no estilo de vida, objetivando uma melhor reinserção do usuário na sociedade. **Palavras-chave:** alcoolismo, consulta de enfermagem, educação em saúde

Abstract

Objective: To describe and analyse the nurses' activities in consultation with alcoholics from the Alcoholism Assistance Program (PAA) of Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM) in Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). **Methods:** The study was developed in PAA/HUCAM/UFES, through a survey of nurse consultations (CE) carried out with alcoholic patients from January to December 2002. The data was collected through a questionnaire which contained identification data and nurses' procedures. The analysis is quantitative by descriptive statistics and qualitative by nurses consultations steps. **Results:** 603 nurses consultations were realized (28.7% initial consultation and 71.3% follow-up consultation). The clientele profile is 28% from the metropolitan region, 94% male and 6% female; 50.6% married; 40-60 years old and 73.6% were classified with *serious* alcohol dependence. In the initial consultation for self care, the priority was reduction of signs and symptoms of withdrawal syndrome; and in follow-up, treatment of alcoholism and its complications. **Conclusions:** The CE in PAA/HUCAM/UFES has been developed through first attending to basic human needs (Horta's theory), and then concentrating the nurses' attention on self care (Orem's theory). In such way the nurse facilitates change conditions through continued and qualified information that aims to maintain abstinence and reformulate a life style that results in the patient's success in society. **Key words:** alcoholism, nurse consultation, health education

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) (Fornazier ML, Siqueira MM)

Recebido
26-09-06
Aprovado
26-12-06

Correspondência para: Mariana Lorencetti Fornazier
Rua Basílio Costalonga, 40 – Ilha das Flores – 29115-560 – Vila Velha-ES – Tels.: (27) 3226-7947/9901-4977
e-mail: emaildamariana@yahoo.com.br ou marluce@npd.ufes.br

Introdução

As primeiras atividades de enfermagem no Brasil foram desenvolvidas pelos jesuítas, e as Santas Casas serviram de modelo para a sua implantação. A partir de 1852, as irmãs de caridade passaram a fazer parte do quadro de atendentes das Santas Casas cuidando dos doentes nos hospitais e dos escravos, das criadas e dos familiares nos lares (Gama *et al.*, 1988).

No Brasil, a institucionalização da enfermagem foi lenta, bem como nos outros países do mundo. Em 1890, surgiu a primeira tentativa de profissionalização com a criação da escola profissional para enfermeiros e enfermeiras (Escola Alfredo Pinto), com o curso de dois anos, cuja finalidade era trabalhar com hospitais do governo, civis e militares. Entretanto o grande impulso da enfermagem brasileira ocorreu em 1922, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, no qual o diretor Carlos Chagas solicitou a assistência da Fundação Rockefeller para organizar, no Brasil, uma escola e um serviço de enfermeiras de saúde pública. A Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública começou a funcionar em 1923 e, três anos depois, passou a denominar-se Escola Ana Nery. Em 1937 foi incorporada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (Gama *et al.*, 1988).

Em 1973 foi regulamentada a Lei nº 5.905, que dispõe sobre a criação dos Conselhos Federais e Regionais de Enfermagem (COFEN e COREN), órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermagem e das demais profissões compreendidas nesse serviço.

Com a aprovação da nova lei do exercício profissional em 1986 (Brasil, 1986; Brasil, 1986; Adami *et al.*, 1989), a consulta de enfermagem foi legitimada como atividade privativa do enfermeiro, possibilitando a sua atuação nos contextos intra e extra-hospitalar, com o propósito da educação em saúde.

Para Campedelli (1990), a consulta de enfermagem é uma atividade exclusiva do enfermeiro, que, usando de sua autonomia profissional, assume responsabilidade quanto à ação da enfermagem a ser prestada nos problemas detectados e em nível de complexidade da intervenção: a) cuidados diretos e indiretos necessários; b) orientações indicadas para a situação; c) encaminhamento para outros profissionais (quando a competência de resolução do problema fugir do seu âmbito de ação). Portanto o procedimento requer o desenvolvimento de habilidades para a tomada de decisão, de forma a proporcionar uma assistência integral e eficaz.

Essa assistência não deve ser centrada na doença nem no indivíduo hospitalizado, mas em todas as pessoas que, ante os seus conflitos e dificuldades, venham mostrar, por seu comportamento, a necessidade de ajuda. Para que isso ocorra, recomenda-se que os profissionais de enfermagem em saúde mental estejam preparados para uma ação abrangente nesse tipo de clientela, tendo em vista que as complicações ocorridas são causadas por fatores biológicos, psicológicos, sociais e econômicos.

A assistência a usuários de álcool foi efetivada em nosso país através do Programa Nacional de Controle dos Problemas Relacionados com o Consumo do Álcool (PRONAL) (Brasil, 1987), no qual temos a atenção à saúde dirigida de

forma específica para essa problemática, bem como a participação de diversos profissionais da saúde na assistência ao alcoolista e aos seus familiares. Entretanto esse programa só foi implementado por gestores públicos no Distrito Federal e nos estados de Amazonas, Maranhão, Bahia, São Paulo e Rio Grande do Sul.

No Espírito Santo, o início dessa atividade ocorreu em 1985, com a criação e implantação do Programa de Atendimento ao Alcoolista do Hospital Cassiano Antônio Moraes da Universidade Federal do Espírito Santo (PAA/HUCAM/UFES), através de um projeto de pesquisa financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (Siqueira, 1985). Em 1987 o projeto tornou-se efetivamente um programa especial da extensão da universidade. Hoje ele é pioneiro na estruturação de uma proposta interdisciplinar e na oferta de uma metodologia assistencial de enfermagem ao alcoolista e a seus familiares, assim como é considerado, pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), referência no tratamento ambulatorial para todo estado (Macieira *et al.*, 1993).

No PAA/HUCAM/UFES, a intervenção é desenvolvida através de uma equipe técnica composta por serviço social, medicina, enfermagem e psicologia (Macieira *et al.*, 1992), que assistem o alcoolista e seus familiares de forma tanto individual quanto grupal, tendo o enfermeiro um papel essencialmente educativo. Segundo Pillon e Nóbrega (2001), esse papel educativo auxilia na quebra de crenças, preconceitos e superação da negação do problema, possibilitando o desenvolvimento de um plano assistencial individualizado, com intervenções educativas e aconselhamentos.

Portanto o alcoolismo, além de ser bastante antigo e disseminado, é também um dos mais graves problemas de saúde pública dos grandes centros civilizados, o que preocupa os profissionais da saúde, tanto envolvidos com pesquisa quanto aqueles dos programas de tratamento.

Com a implantação do PRONAL (Brasil, 1987), a atenção à saúde passou a ser dirigida especificamente a essa clientela, com a participação de diversos profissionais da saúde na assistência ao alcoolista e a seus familiares.

O processo de formação do enfermeiro está voltado para a saúde coletiva, abrange tanto a saúde pública quanto a mental e associa-se à constatação científica (Ramos e Wortowitz, 2004) de que, no mundo atual, cerca de 90% da população adulta consome algum tipo de bebida alcoólica. Além disso, entre os bebedores, 10% irão apresentar uso nocivo (abusivo) e outros 10%, a dependência (alcoolismo).

Percebe-se que o uso do álcool vem causando considerável prejuízo à saúde de todas as populações, e, sendo essa uma droga lícita, não há restrições para seu consumo, afetando homens e mulheres de diferentes grupos étnicos, independentemente de classe social, econômica ou mesmo idade.

Finalmente, desde 2001, com a implantação da Política Nacional Antidrogas (PNAD) (Brasil, 2001), observa-se maior incentivo a estudos e pesquisas que permitam incrementar o conhecimento sobre as drogas (lícitas e ilícitas), com enfoque na prevenção, no tratamento, na recuperação e na reinserção social dos dependentes de drogas.

Diante do exposto, este trabalho teve como objetivo descrever e analisar as atividades desenvolvidas pela en-

fermagem na consulta dirigida a alcoolistas atendidos no PAA/HUCAM/UFES.

Métodos

O estudo foi desenvolvido no PAA/HUCAM/UFES, no período de agosto de 2002 a julho de 2004, a partir de um levantamento das consultas de enfermagem realizadas com pacientes alcoolistas no período de janeiro a dezembro de 2002. O atendimento no programa ocorre de segunda a quinta-feira, das 13h às 17h, no ambulatório de clínica médica do hospital universitário, onde são agendadas diariamente consultas iniciais e de retorno.

O PAA/HUCAM/UFES possui como proposta de trabalho uma atuação interdisciplinar composta pelos profissionais das áreas de serviço social, medicina, enfermagem e psicologia, tendo como objetivo a prestação de assistência ao alcoolista e a seus familiares (Macieira *et al.*, 1992). Além disso, o programa integra a proposta desenvolvida pelo Núcleo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas (NEAD) no âmbito assistencial (Macieira *et al.*, 2002).

A assistência oferecida aos pacientes e seus familiares é realizada com metodologia própria através das seguintes etapas: 1) reunião de sala de espera; 2) entrevista com o serviço social; 3) consulta médica; 4) consulta de enfermagem; 5) atendimento psicológico; 6) grupos de ajuda mútua (GAM), como Alcoólicos Anônimos (AA), AL-ANON e ALATEEN.

Na consulta de enfermagem, pacientes e familiares são abordados através de uma visão holística (Barbosa *et al.*, 1998), procurando-se trabalhar a educação em saúde a partir dos problemas decorrentes de uso, abuso e dependência do álcool.

A metodologia da assistência de enfermagem baseia-se nas teorias de enfermagem de Horta (Horta, 1979) e Orem (George *et al.*, 2000), que têm como metas o atendimento das necessidades humanas básicas centradas no autocuidado do paciente.

A avaliação descritiva e a análise das atividades desenvolvidas pela enfermagem no PAA/HUCAM/UFES foram realizadas em dois momentos. No primeiro, aplicamos um instrumento (**Anexo**) que permitiu a análise retrospectiva nos prontuários dos pacientes atendidos em 2002, sendo levantados os seguintes dados: identificação, grau de severidade, participação em GAM, tipo de apoio, orientações sobre autocuidado, orientações alcoolismo-doença. Num segundo momento, esses dados foram submetidos a uma análise qualiquantitativa, sendo que, na análise quantitativa, foram empregadas medidas de tendência central e, na qualitativa, consideraram-se as etapas da consulta desenvolvidas pela enfermagem.

Resultados

Foram atendidos, nas consultas de enfermagem, 201 pacientes no período estudado, sendo realizadas 603 consultas, das quais 28,7% constituíram o primeiro atendimento e 71,3%, os retornos. O estudo abrangeu pacientes procedentes da região metropolitana, sendo que 28% (54 pacientes) são oriundos da capital do estado do Espírito Santo.

Observa-se na **Tabela 1** que a prevalência de pacientes do sexo masculino representou 94% (189 pacientes) da amostra estudada, sendo apenas 6% do sexo feminino; 50,6% (82 pacientes) casados; 24,6% (40) solteiros; 11,1% (18) divorciados; 2,4%

(quatro) viúvos. Com relação à procedência, 54 pacientes (27,9%) residem em Vitória e apenas um em Guarapari.

Tabela 1. Perfil dos pacientes

Características	n = 201	Porcentagem
1. Faixa etária		
Até 19 anos	1	1
20-39 anos	29	26
40-59 anos	76	67
Acima de 60 anos	6	5
2. Sexo		
Masculino	189	94
Feminino	12	6
3. Estado civil		
Solteiro	40	24,6
Casado	82	50,6
Divorciado	18	11,1
Viúvo	4	2,4
Outros	18	11,1
4. Procedência		
Vitória	54	27,9
Serra	35	18,1
Vila Velha	32	16,5
Cariacica	41	21,2
Viana	14	7,2
Guarapari	1	0,5
Interior	16	8,3

Fonte: Consulta de Enfermagem PAA/HUCAM/UFES, 2002.

Na **Tabela 2** verificamos maior apoio familiar (61,1%) durante o seguimento, apesar de o apoio de amigos (11,6%) e do empregador (3,5%) representar um suporte muito importante, ou seja, facilitar a adesão ao tratamento. O apoio individual, ou seja, "o paciente procurou o programa por iniciativa própria", embora pe-

Tabela 2. Tipo de apoio e participação em grupos de ajuda mútua

Tipo de apoio e participação em GAMs	n	Porcentagem
1. Tipo de apoio*		
Familiar	121	61,1
Amigos	23	11,6
Individual	11	5,5
Empregador	7	3,5
Outros	36	18,1
2. GAMs		
RSE	448	82
AA	98	18

Fonte: Consulta de Enfermagem PAA/HUCAM/UFES, 2002.

*Na consulta de enfermagem foi observado mais de um tipo de apoio.

queno (5,5%), é o que gera mais resultados positivos no tratamento. Além disso, obtivemos relatos de outros tipos de apoios (4,5%). Os GAMs são possibilidades alternativas para o seguimento do paciente alcoolista e seus familiares, e entre eles foram destacados a Reunião de Sala de Espera (RSE) (82%) e o AA (18%).

Na **Tabela 3** encontramos a avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool (SDA), em que 73,6% dos pacientes possuem grau grave, 19,2% moderado e apenas 3% leve.

As orientações fornecidas durante a sistematização da assistência de enfermagem são apresentadas na **Tabela 4**, na qual há citações referentes às necessidades humanas básicas (NHB), o autocuidado, e ao alcoolismo como doença: a SDA.

Tabela 3. Avaliação da gravidade da síndrome de dependência do álcool

Grau de severidade	n = 113	Porcentagem
Grave	145	73,6
Moderado	38	19,2
Leve	6	3
Não realizado	8	4

Fonte: Consulta de enfermagem PAA/HUCAM/UFES, 2002.

Tabela 4. Orientações sobre autocuidado e alcoolismo como doença

Orientações de enfermagem	Consultas	
	1ª vez (%)	Retorno (%)
1. Autocuidado		
Hidratação	21,6	19,6
Alimentação	20,8	22,3
Atividade física	15,4	17,4
Recreação	8,9	7,8
Socioespíritual	11,6	13,2
Higiene	8,1	4,6
Sono/repouso	7,2	7,7
Ocupação	5	5,7
Sexualidade	1,5	1,5
2. Alcoolismo como doença		
Conceito	58,8	5
Epidemiologia	21,9	7,2
Ação do álcool no organismo	5,1	20,1
Motivos para beber	0,8	10,7
Sucesso do tratamento	0,8	18,1
Estágios da intoxicação	–	5
Prevenção da recaída	0,8	14
Complicações orgânicas	1,2	3
Ajuda especializada	9,8	11,1
Prevenção do abuso	0,8	0,65
Outros	–	3

Fonte: Consulta de enfermagem PAA/HUCAM/UFES, 2002.

Na **Tabela 5**, num total de 201 indivíduos alcoolistas, observou-se que 114 (57%) eram fumantes, cinco (2,5%) faziam uso de maconha e a mesma proporção de indivíduos usava cocaína. Foi constatado, nesse estudo, que 75 (37,3%) faziam uso apenas do álcool.

Tabela 5. Dependência cruzada

Dependência cruzada (DC)	n	Porcentagem
Tabaco	114	57
Maconha	5	2,5
Cocaína	5	2,5
Crack	2	1
Sem DC	75	37,3

Fonte: Consulta de enfermagem PAA/HUCAM/UFES, 2002.

Discussão

Observa-se na Tabela 1 que a prevalência de pacientes do sexo masculino representou 94% (189 pacientes) da amostra estudada, constatando-se apenas 6% do sexo feminino. A relação homem:mulher encontrada foi de 15:1, resultados superiores aos achados de Macieira *et al.* (1993), Ramos *et al.* (1997), Barros *et al.* (2000) e Palma *et al.* (2002). Em decorrência do baixo percentual de pacientes do sexo feminino que acessam e aderem ao tratamento (Zilberman, 1998), percebemos uma necessidade de diferenciar a assistência ao público feminino devido às dificuldades encontradas em participar de um programa em que o predomínio é de indivíduos do sexo masculino. Apesar desse resultado, “pequenos acesso e aderência”, a literatura demonstra que o comportamento de beber nas mulheres vem aumentando. Esse crescimento está associado às mudanças de comportamento social e à entrada da mulher no mercado de trabalho e na vida política.

Embora o costume de beber entre as mulheres tenha aumentado à medida que a sociedade se tornou mais permissiva com esse comportamento, essa permissão não modificou a maneira estereotipada e preconceituosa com que a sociedade encara a embriaguez feminina, vista como um comportamento não adequado do ser feminino, que é focalizado através de atributos como docilidade, fragilidade, afetividade (Ramos, 1997), representando, portanto, ainda um desafio para maiores avanços na área de tratamento.

Nossos achados (Tabela 1) demonstram também que os casados constituem 50,6% (82 pacientes), enquanto os solteiros aparecem com 24,6% (40) da amostra estudada; 11,1% (18 pacientes) são divorciados e apenas 2,4% (quatro) são viúvos. Esses dados corroboram os achados de Macieira (1993), Ramos (1997), Barros (2000) e Palma (2002), apresentados em estudos anteriores.

Os resultados deste estudo em relação à idade concordam com os achados de Ramos (1997), em que o grupo etário mais atingido pelo problema do alcoolismo é aquele compreendido entre 40 e 60 anos, sendo nessa faixa que os problemas de abuso e dependência ficam mais evidentes.

Na Tabela 2 verificamos maior apoio familiar (61,1%) durante o seguimento, o que representa papel fundamental na adesão ao tratamento do alcoolista, assim como uma recuperação mais rápida, já que o contexto familiar pode representar também obstáculos para enfrentamento do problema, principalmente no relacionamento matrimonial e com os filhos. Apesar de o apoio de amigos (11,6%) e do empregador (3,5%) representar um suporte de significado semelhante, notamos que ainda necessita de ampliação de ações para maior envolvimento desses setores na recuperação e na reinserção social. Verificamos também que o apoio individual, ou seja, quando “o paciente procurou o programa por iniciativa própria”, apesar de pequeno (5,5%), gera mais resultados positivos. Os outros tipos de apoio (4,5%) encontrados neste estudo estão relacionados a instituições religiosas, bem como cumprimentos de ordem judicial, casos encaminhados e seguidos através da Justiça Terapêutica (2004), que é um programa judicial para atendimento integral do indivíduo envolvido com drogas lícitas e ilícitas utilizado para evitar a imposição de penas privativas de liberdade ou até mesmo multa, deslocando o foco da punição para a recuperação biopsicossocial do autor da infração.

Ramos *et al.* (1997) consideram os GAMs possibilidades alternativas para o seguimento do paciente alcoolista e de seus familiares. O AA (2002) trabalha na recuperação individual e na manutenção da sobriedade dos alcoolistas que procuram ajuda na irmandade, não se envolve nos campos de pesquisa sobre alcoolismo, de tratamento médico ou psiquiátrico, na educação ou em propaganda de qualquer espécie, embora seus membros, particularmente, possam participar de tais atividades. Nossos achados demonstram que 82% dos pacientes participaram da RSE, um tipo de grupo de situação com ajuda mútua através de depoimentos, estímulos, etc. Esse resultado foi bastante positivo como suporte para o tratamento, que, através da formação de vínculos com o serviço, propicia maior adesão à metodologia de intervenção. Apesar de amplamente recomendada pela literatura, a participação em grupos como o AA foi reduzida (18%), necessitando ser ampliada.

Existem, na literatura especializada (George, 2000; Raistrick, 1983; Jorge e Masur 1986), vários questionários padronizados que são utilizados para o diagnóstico do alcoolismo. No PAA/HUCAM/UFES é utilizado o questionário Short Alcohol Dependence Data (SADD), formulado por Raistrick (1983) e traduzido, no Brasil, por Jorge e Masur (1986) (Anexo). Esse questionário objetiva avaliar o grau de severidade da SDA e só deve ser utilizado em casos de alcoolismo já identificados. Ele compreende 15 questões com quatro alternativas de respostas, às quais se atribuem de 0 a 3 pontos, nessa ordem: nunca – 0 ponto; poucas vezes – 1 ponto; muitas vezes – 2 pontos; sempre – 3 pontos. Somando-se o total de pontos alcançado pelos indivíduos ao responder o questionário, podemos classificá-lo da seguinte forma: 1 a 9 pontos: baixa dependência; 10 a 19: média dependência; 20 a 45 alta dependência. A avaliação da severidade da dependência do álcool de um paciente poderá ser útil para a indicação do tratamento adequado (Barros, 2000). Nesse sentido encontramos no programa 73,6% dos pacientes com o grau grave, 19,2% moderado e apenas 3% de leve severidade da SDA. O maior percentual para o grau grave está de acordo com os achados de Ramos *et al.* (1997) e ratifica a importância do enfrentamento do problema e de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos através da atenção primária.

As orientações fornecidas durante a sistematização da assistência de enfermagem estão apresentadas na Tabela 4, na qual há citações referentes às NHB e ao alcoolismo como doença.

Segundo a teoria de Horta (1979), as NHBs são universais, portanto comuns a todos os seres humanos; o que varia de um indivíduo para o outro são suas manifestações e as maneiras de satisfazê-las ou atendê-las. E, na teoria de Orem, “preconiza-se que a enfermagem deve agir a partir das necessidades individuais dos pacientes, no sentido de manter a vida e promover saúde, prevenir doenças e lutar contra seus efeitos” (Hoga, 1993).

Essas orientações tiveram ênfase no autocuidado e foram implementadas através da teoria de Orem, especialmente modificações de hábitos de vida (alimentação, hidratação, sono/repouso, atividades físicas, lazer, ocupação, vida socioespacial, etc.). Segundo Campedelli (2000), autocuidado é uma abordagem orientada à saúde numa visão holística. Refere-se à prática de atividades que os indivíduos iniciam e desempenham pessoalmente em seu próprio benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Alcançar o autocuidado é um processo cujas atividades são apreendidas e que, por isso, tem relação direta com as crenças, os hábitos, as práticas culturais e os costumes do grupo ao qual pertence o indivíduo que o pratica. Nesse processo de alcance do autocuidado, os objetivos da assistência derivam das necessidades e das preferências do próprio indivíduo, e não das percepções do profissional.

Nas orientações para o autocuidado na primeira consulta, priorizou-se a diminuição dos sinais e sintomas da síndrome de abstinência, conforme recomendado por Edwards (1976), sendo estimulada a educação em saúde (Pillon *et al.*, 1991) através dos seguintes enfoques: hidratação (21,6%), alimentação (20,8%), atividade física (15,4%), recreação (8,9%), cuidados socioespaciais (11,6%), higiene (8,1%), sono/repouso (7,2%) e atividade ocupacional (5%). Entretanto não foi contemplada de forma sistemática a sexualidade (1,5%).

Nas orientações para o autocuidado das consultas de retorno, predominaram os seguintes enfoques: alimentação (22,3%) e hidratação (19,6%), atividade física (17,4%), atividades socioespaciais (13,2%), recreação e sono/repouso (7,8%), higiene (4,6%), ocupação (5,7%) e sexualidade (1,5%). Nossos achados demonstram a necessidade de maior atenção aos padrões sono/repouso e recreação e atividade ocupacional, pois são fatores facilitadores da recaída. Além disso, o incentivo à higiene e à sexualidade deve ser priorizado, não apenas como cuidados corporais do paciente, mas também como um reforço à sua auto-estima e à adesão a um novo estilo de vida, uma vez que o abuso de álcool é um dos principais fatores de risco para o surgimento de várias doenças crônicas não-transmissíveis (Rego *et al.*, 1990).

As orientações sobre o alcoolismo como doença foram implementadas na primeira consulta através das atividades educativas desenvolvidas pela enfermagem, com enfoque no conceito (58,8%), na epidemiologia (21,9%), na ajuda especializada (9,8%), nas implicações do álcool sobre o organismo (5,1%) e nas complicações orgânicas (1,2%). Já as orientações de retorno visam um aprofundamento sobre a SDA, conforme recomenda a quarta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (1995), sendo abordados: sucesso do tratamento (18,1%), ação no organismo (20,1%), ajuda especializada (11,1%),

motivos para beber (10,7%), epidemiologia (7,2%), prevenção da recaída (14%), estágios de intoxicação (5%) e complicações orgânicas (3%).

De acordo com Chaieb e Castellarin (1998), quanto maior a dependência da nicotina, tanto maior o consumo de álcool. Ainda segundo esses autores, o álcool exerce um estímulo inespecífico em várias áreas comportamentais, aumentando o consumo de cigarros.

Na Tabela 5, num total de 201 indivíduos alcoolistas, observou-se que 114 (57%) eram fumantes, cinco (2,5%) faziam uso de maconha e a mesma proporção usava cocaína. Constatou-se, neste estudo, que 75 (37,3%) faziam uso apenas do álcool.

Embora o alcoolismo entre mulheres seja minoritário em relação aos homens, têm sido observados crescimento da dependência alcoólica entre o público feminino e, conseqüentemente, necessidade de ampliação das ações destinadas a essa clientela (Bertolote, 1999).

Conclusão

A manutenção da abstinência do álcool nos pacientes do PAA/HUCAM/UFES tem sido desenvolvida na consulta de enfermagem através do atendimento prioritário das NHBs (teoria de

Horta), concentrando a atenção de enfermagem no autocuidado (teoria de Orem), com maior ênfase em alimentação, hidratação e atividades físicas, social, espiritual e recreacional. As orientações educativas sobre sexualidade, atividade ocupacional, higiene e sono/repouso necessitam ser ampliadas, bem como o encaminhamento para os GAMs existentes na comunidade.

A educação em saúde sobre a SDA desenvolvida pela enfermagem no PAA abrange, prioritariamente, o conceito, a epidemiologia e as conseqüências da problemática, oferecendo orientações iniciais para um melhor entendimento do paciente sobre sua doença e orientações no seguimento quanto à ação do álcool no organismo, sucesso do tratamento e motivos que levam o paciente a beber. Dessa forma a enfermagem vem propiciando condições facilitadoras por meio de uma informação qualificada e contínua que visa a manutenção da abstinência do álcool e a reformulação no estilo de vida e que resulte numa melhor reinserção do usuário na sociedade.

Nesse contexto, o profissional de saúde deverá ter consciência da importância social do uso do álcool e de como isso pode estar presente no âmbito do trabalho, além de saber identificar situações relacionados com o alcoolismo. Deverá também investigar o uso de álcool em seus pacientes de maneira interessada e respeitosa (Ramos *et al.*, 1997).

Referências

- Adami, NP. et al. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. *Acta Paul Enf*, 9-13, 1989.
- Alcoólicos Anônimos. Definição de Alcoholics-anonymous. Disponível em: <<http://www.alcoholics-anonymous.org>> Acesso em: mai. 2002.
- Barbosa MHF, Quinellato RF, Macieira MS. Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas no PAA-HUCAM-UFES. *Cad Pesq UFES*, 48-54, 1998.
- Barros, JFV. et al. Metodologia da assistência de enfermagem desenvolvida com pacientes do programa de atendimento ao alcoolista. *J Bras Psiq*, 247-54, 2000.
- Bertolote, JM. Quem tem medo de mulheres alcoolistas? Álcool? O uso de álcool e outras Drogas pela mulher. *Rev ABEAD*, 21-7, 1999.
- Brasil. Constituição (1988). Constituição [da] República Federativa do Brasil, Brasília: Senado Federal, 2002. p. 119.
- Brasil. Leis, decretos, etc. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. *Diário Oficial da União, Brasília*, 25 de junho de 1987. Seção 1, p. 8.853-55. (Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986).
- Brasil. Leis, decretos, etc. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. *Diário Oficial da União, Brasília*, 26 de junho de 1986. Seção 1, p. 9.273-75. (Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem).
- Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle dos Problemas relacionados com o Consumo do Álcool (PRONAL). Brasília, 1987.
- Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. Política Nacional Antidrogas. Brasília: Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, p. 40, 2001.
- Campelelli MC. et al. Processo de enfermagem na prática. 2 ed. São Paulo: Ed. Ática; 2000.
- Campelelli MC. Reflexões sobre a consulta de enfermagem. *Enfoque*, p. 28-30, 1990.
- Chaieb JÁ, Castellarin C. Associação tabagismo-alcoolismo: introdução às grandes dependências humanas. *Rev Saúde Pública*, 32(3), 1998.
- DSM IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Trad. Dayse Batista. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Edwards G, Gross MM. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1058-61, 1976.
- Gama DDS, Sacramento MTP, Sampaio VRC. Moderna assistência de enfermagem, 1988. v. 2, cap. 6, p. 3.
- George JB. et al. Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional. 4 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
- Hoga, LAK. A influência da crença religiosa na motivação de uma cliente para o autocuidado. *Rev Esc Enf USP*, 27(1):73-85, 1993.
- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo; 1979.
- Jorge MR, Masur J. Questionários padronizados para a avaliação do grau de severidade da síndrome de dependência do álcool. *J Bras Psiq*, 287-92, 1986.
- Justiça Terapêutica. Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.tj.rs.gov.br/institu/projrtos/justica_therapeutica.html>. Acesso em: 27 jul. 2004.
- Macieira MS, Gomes MPZ, Garcia MLT. Núcleo de Estudo sobre o Álcool e outras Drogas. *Rev HUCAM*, 11-5, 2002.
- Macieira MS, Gomes MPZ, Garcia MLT. Programa de Atendimento ao Alcoolista do HUCAM da UFES. *J Brás Psiq*, 97-109, 1993.
- Macieira MS, Gomes MPZ, Garcia MLT. Tratamento do alcoolismo: atuação de uma equipe interdisciplinar. *Inf Psiq*, 130-1, 1992.

- Palma M, Barros JFV, Macieira MS. Visita domiciliar: um instrumento de enfermagem ao paciente alcoolista. *J Bras Psiquiatr*, 287-92, 2002.
- Pillon SC, Nóbrega MP. Desintoxicação alcoólica ambulatorial realizada por enfermeiras. In: Focchi GRA. et al. Dependência química: novos modelos de tratamento. São Paulo: Roca, 1991. p. 143-60.
- Raistrick D. et al. Development of a questionnaire to measure alcohol dependence. *British Journal of Addiction*, 89-95, 1983.
- Ramos AS, WORTOWITZ AB. Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso.
- Ramos SP. Alcoolismo hoje. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
- Rego RA. et al. Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo: metodologia e resultados preliminares. *Rev Saúde Pública*, 277-85, 1990.
- Siqueira MM. O que é alcoolismo. In: Encontro Subcapixaba de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, 1, 1985, Mimoso do Sul.
- Zilberman ML. Características clínicas da dependência de drogas em mulheres. 1998. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

ANEXO – Short Alcohol Dependence Data

Nome: _____ Nº do prontuário: _____

Total de pontos: _____

As seguintes perguntas dizem respeito a uma série de fatores relacionados com bebidas alcoólicas. Por favor, leia cuidadosamente cada pergunta:

- a) Responda às questões tendo em vista a época em que você esteve bebendo.
- b) Responda a todas as perguntas, assinalando a resposta que lhe pareça mais apropriada.
- c) Se você tiver alguma dificuldade peça ajuda.

SADD

	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
1. Você acha difícil tirar o pensamento de beber da cabeça?	()	()	()	()
2. Acontece de você deixar de comer por causa da bebida?	()	()	()	()
3. Você planeja o seu dia em função da bebida?	()	()	()	()
4. Você bebe em qualquer horário (manhã, tarde e/ou noite)?	()	()	()	()
5. Na falta de sua bebida preferida você toma qualquer outra?	()	()	()	()
6. Acontece de você beber sem levar em conta os compromissos que tenha depois?	()	()	()	()
7. Você acha que o quanto você bebe chega a prejudicá-lo?	()	()	()	()
8. No momento em que você começa a beber, é difícil parar?	()	()	()	()
9. Você tenta se controlar (tenta parar de beber)?	()	()	()	()
10. Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você precisa beber para se sentir melhor?	()	()	()	()
11. Você acorda com tremores nas mãos na manhã seguinte a uma noite em que tenha bebido muito?	()	()	()	()
12. Depois de ter bebido muito, você levanta com náusea, vômito?	()	()	()	()
13. Na manhã seguinte a uma noite em que você tenha bebido muito, você levanta não querendo ver ninguém na sua frente?	()	()	()	()
14. Depois de ter bebido muito, você vê coisas que mais tarde percebe que eram imaginação sua?	()	()	()	()
15. Você se esquece do que aconteceu enquanto esteve bebendo?	()	()	()	()