

*“Sonhamos que é possível outro mundo e
tornaremos realidade esse outro
mundo possível”*

(Luís Sepúlveda)

Agradecimentos

Ao Prof. Amadeu Gonçalves, coorientador científico, pelo seu constante apoio, disponibilidade, motivação, orientação e crítica construtiva.

À minha família pelo incentivo constante, paciência e infinita compreensão.

Aos meus colegas de trabalho pela participação, partilha de conhecimentos e colaboração desinteressada.

Aos meus colegas de curso, pela amizade e apoio.

Aos enfermeiros que integraram o estudo, pela sua participação e colaboração, sem os quais este trabalho não seria possível.

A todos os que direta ou indiretamente tornaram este projeto de mestrado possível.

O meu muito Obrigada!

RESUMO

INTRODUÇÃO: O alcoolismo é considerado um grave problema de saúde pública em todo mundo e Portugal não é exceção, afetando tanto o indivíduo, como a sua família e a sociedade em geral. As atitudes do enfermeiro perante o doente alcoólico, são elementos importantes e preditivos do tipo de cuidados prestados.

OBJECTIVOS: Compreender as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico; descrever a percepção e opinião dos enfermeiros em relação ao doente alcoólico e compreender como os enfermeiros desenvolvem o seu trabalho e se relaciona com o doente alcoólico.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional, transversal e exploratório, envolvendo uma amostra de 15 enfermeiros CSP (Centro de Saúde de Mirandela I), com idade média 42 anos e desvio padrão 7,2 e 8 enfermeiros dos Cuidados Secundários (Serviço B3, internamento dos doentes agudos, Hospital de Magalhães Lemos), com idade média 30 anos e desvio padrão 3,8. Colheita de dados efetuada através de questionário parte I: descrição dos fatores sócio-demográficos e profissionais e parte II: avaliação das atitudes (adaptado da “Escala de Atitudes Frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoólico”; VARGAS e LUIS 2008).

RESULTADOS: 85,7% os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários deram respostas de atitudes positivas, 87,5% responderam ter experiência profissional com alcoólicos e 75% têm formação em alcoologia.

CONCLUSÕES: os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários, demonstram atitudes mais positivas perante o doente alcoólico; têm mais formação em alcoologia e maior experiência com doentes alcoólicos, comparados com os enfermeiros dos CSP.

PALAVRAS-CHAVE: Doente Alcoólico; Enfermeiros; Atitudes.

ABSTRACT

BACKGROUND: Alcoholism is considered a serious public health problem worldwide and Portugal is no exception, affecting both the individual as his family and society in general. The attitudes of nurses to the sick alcoholic, are important elements and predictive of the type of care.

OBJECTIVES: To understand the attitudes of nurses towards the alcoholic person, to describe the perception and opinion of nurses regarding the alcoholic person and understand how nurses develop their work and relate to the alcoholic person.

MATERIALS AND METHODS: This descriptive, correlational, cross-sectional and exploratory, involving a sample of 15 nurses CSP (Health Center Mirandela I), mean age 42 years and deviation padrão 7,2. Secondary Care 8 Nurses (B3 Service , acute hospitalization of patients, Hospital de Magalhães Lemos), mean age 30 years and deviation padrão 3,8. Data collection done by questionnaire part I: description of the socio-demographic and professional and part II: evaluation of attitudes (adapted from the "Attitude Scale Front Alcohol, Alcoholism and Alcohol", and LUIS VARGAS 2008).

RESULTS: 85.7% nurses from secondary care responses have positive attitudes, 87.5% have professional experience with alcoholics and 75% with training alcoologia.

CONCLUSIONS: The nurses in secondary care, demonstrate more positive attitudes towards the sick alcoholic; alcoologia have more training and greater experience with alcoholic patients, compared with nurses of the CSP.

KEYWORDS: Alcoholic Patient, Nurse; Attitudes.

ÍNDICE

	Pág.
1 INTRODUÇÃO.....	12
1ª PARTE – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA	16
2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS SOBRE O ÁLCOOL EM PORTUGAL.....	17
2.2 A PESSOA COM PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL.....	20
2.2.1 Alcoolismo.....	21
2.2.2 Doente alcoólico.....	22
2.2.3 Problemas Ligados ao Alcool.....	24
2.3 ESTIGMA DOENÇA MENTAL/ALCOOLISMO.....	25
2.4 ATITUDES DOS ENFERMEIROS.....	27
2ª PARTE – TRABALHO EMPÍRICO	30
3 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....	30
3.1 DEFNIÇÃO DO PROBLEMA.....	30
3.2 METODO.....	32
3.3 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	32
3.3.1 Questões de Investigação.....	32
3.3.2 Objetivos.....	33
3.3.3 Tipo de Estudo.....	33
3.3.4 População/Amostra.....	34
3.4 INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	35
3.4.1 Descrição Do Instrumento.....	35
3.4.2 Procedimento de Recolha de Dados.....	37
3.4.3 Procedimento Éticos e Formais.....	37

3.4.4 Procedimento para Análise dos Dados.....	38
4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	40
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA.....	40
4.2 ATITUDES PERANTE O DOENTE ALCOÓLICO.....	45
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	50
6 CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICOS.....	60
APÊNDICES.....	64
APÊNDICE I – Pedidos de autorização para aplicação do questionário.....	65
APÊNDICE II – Questionário.....	66

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Frequências de opções de resposta aos Indicadores de Atitudes dadas pelos Enfermeiros dos CSP.....	46
Quadro 2 – Frequências de opções de resposta aos Indicadores de Atitudes dadas pelos Enfermeiros dos Cuidados Secundários.....	47

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Frequências do sexo dos profissionais de enfermagem.....	40
Tabela 2 - Frequências da faixa etária dos profissionais de enfermagem.....	41
Tabela 3 - Dados estatísticos referentes à idade dos enfermeiros.....	41
Tabela 4 – Experiencia profissional dos enfermeiros.....	41
Tabela 5 – Dados estatísticos referentes à experiencia profissional.....	42
Tabela 6 – Categoria profissional dos enfermeiros.....	42
Tabela 7 – Experiencia profissional com alcoólicos.....	43
Tabela 8 – Ter formação específica em alcoologia.....	44
Tabela 9 – Se tivesse mais formação prestaria melhores cuidados.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 – Categoria profissional dos enfermeiros.....	43
Gráfico 2 - Experiencia dos profissionais com doentes alcoólicos.....	43

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – American Psychiatric Association

CID – Classificação Internacional das Doenças

CRA – Centro de Regional de Alcoologia

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CSS – Cuidados de Saúde Secundários

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais

et al. – e outros

EAFAAA – Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoólico

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

MGF – Medicina Geral e familiar

N – Frequência

n.º – Número

OMS – Organização Mundial de Saúde

Pág – Página

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

PNRPLA – Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool

Q – Questão

1 INTRODUÇÃO

O alcoolismo é considerado um grave problema de saúde pública em todo mundo e Portugal não é exceção. O alcoolismo afeta tanto o indivíduo, como a sua família e a sociedade em geral. No campo da saúde pública, o alcoolismo tem grande importância, já que isto implica o atendimento do doente alcoólico tanto nos cuidados de saúde primários como nos cuidados de saúde diferenciados.

No âmbito da unidade curricular “Dissertação/Relatório Final”, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, para a obtenção do grau de mestre da Escola Superior de Saúde de Viseu/Instituto Politécnico de Viseu, foi-nos proposto a realização de um trabalho de investigação.

Após alguma reflexão e ter consultado alguma bibliografia senti a necessidade de estudar as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico. Optei pela escolha deste tema uma vez que já algum tempo, vinha sentindo a necessidade de estudar as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico uma vez que na minha atividade profissional estou ligada a esta temática, realizando consulta de enfermagem a este grupo de doentes.

Assim, nesta perspetiva o tema da dissertação é: **“ As atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico”**.

Pela experiência, através dos estágios que realizei no âmbito do curso na área da saúde mental e psiquiatria, nomeadamente no estágio de cuidados de saúde mental na comunidade, pude constatar que o estigma e o preconceito ainda são evidentes em relação ao doente alcoólico e que os enfermeiros ainda sentem grandes dificuldades na abordagem do tema e no relacionamento com estes doentes.

Adquiri ainda uma maior consciencialização de que os enfermeiros de saúde mental, que prestam cuidados centrados no doente e família, se encontram em posição privilegiada de satisfazer as necessidades do utente dentro do contexto familiar, e de satisfazer as necessidades desta como um todo, “o trabalho com as famílias para reduzir as recidivas sempre foi considerado como um complemento da medicação de manutenção” (OMS, 2001).

O estágio de cuidados de saúde mental na comunidade rico em experiências,

proporcionou-me o contacto com doentes em situação de consulta de enfermagem de saúde mental, contribuiu não só para aprofundar os meus conhecimentos sobre a condução de uma consulta, abordagem ao utente e familiares sobre a sua patologia psiquiátrica, mas também para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, principalmente explorar a relação enfermeiro-doente mental.

Com este estágio adquiri também maior consciencialização da importância do enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na comunidade, e que cabe a este, tomar a iniciativa para que seja elaborado um plano de intervenção nestas unidades na prevenção, promoção e recuperação da saúde mental. No entanto, reconheço a dificuldade do desafio que se coloca ao Enfermeiro de Saúde Mental em relação a todos os desafios em aplicar a disciplina científica do modelo biomédico, enquanto ao mesmo tempo alarga os conceitos de doença mental.

Em suma, este estágio proporcionou-me um leque variado de experiências, revelando-se uma fonte insubstituível de conhecimentos e alargando a minha visão do campo de trabalho que é a Enfermagem de Saúde Mental Comunitária e proporcionou-me o tema do presente trabalho.

Depois de escolhido o tema e após uma reflexão sobre o mesmo, surgiu a pergunta de partida: **Quais as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico?** Esta é a pergunta principal e à qual se pretende dar resposta com a realização deste trabalho de investigação.

Segundo FORTIN (1999), “... a realização de um trabalho de investigação científica permite-nos descrever e explicar fenómenos que acontecem no mundo real”. Neste caso, ajudará a descrever as atitudes dos enfermeiros, tanto dos cuidados de saúde primários como dos cuidados de saúde secundários, perante o doente alcoólico. Posteriormente, com o conhecimento da realidade, espera-se que possam vir a ser adotadas estratégias que visem melhorar as mesmas. Este trabalho, irá servir por um lado para detetar falhas que possam existir nas atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico, por outro lado, para compreender os aspetos positivos relativamente á prestação deste cuidado, e que se devem incentivar a ser mantidos.

De modo a dar resposta ao problema anteriormente definido, estabeleceram-se os seguintes objetivos para a presente investigação:

Objetivo geral

- Compreender as atitudes dos enfermeiros em relação ao alcoolismo e ao doente alcoólico;

Objetivos específicos

- Descrever a perceção dos enfermeiros perante o doente alcoólico;
- Compreender como os enfermeiros desenvolvem o seu trabalho com o doente alcoólico;
- Reconhecer os conhecimentos adquiridos pelos enfermeiros sobre alcoolismo e os problemas relacionados com o álcool.

A formulação destes objetivos conduz-nos à explicação de conceitos que irão ser desenvolvidos, bem como as opções metodológicas a seguir. Assim, no primeiro capítulo, será efetuado o enquadramento teórico das atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico e os paradigmas relacionados com estas.

A segunda parte do trabalho apresenta e justifica as opções metodológicas, nomeadamente no que se refere às variáveis em estudo, à escolha e caracterização da população alvo, às características do instrumento de colheita de dados, bem como aos critérios e técnicas utilizadas no seu tratamento. Sendo este capítulo também dedicado à apresentação, análise e discussão dos resultados.

No decurso da elaboração deste trabalho, verificou-se que a melhor forma de obter resultados seria através do método quantitativo. Desta forma, definiu-se a população: todos os enfermeiros do serviço de internamento de doentes agudos do Hospital de Magalhães Lemos e todos os enfermeiros do Centro da Saúde de Mirandela I; sendo a amostra constituída por vinte e três enfermeiros dos referidos serviços (15 enfermeiros do Centro da Saúde de Mirandela I e 8 enfermeiros do serviço de internamento de doentes agudos do Hospital de Magalhães Lemos). Após a recolha de informação através do questionário, foi devidamente tratada e efetuada a respetiva análise dos dados, finalizando com as principais conclusões e algumas sugestões.

Pertinência do estudo: sendo o álcool um tema atual e o alcoolismo um dos maiores “flagelos sociais”, tanto a nível mundial como em Portugal, considero que este é um estudo com grande interesse para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

É de salientar que alguns dos profissionais de saúde, onde se incluem os enfermeiros, demonstram atitudes negativas face a estes doentes, estando este fato muitas vezes relacionado com as dificuldades que os enfermeiros têm em reconhecer o alcoolismo como doença e o indivíduo alcoólico como doente.

Os enfermeiros são sem dúvida os profissionais que mais frequentemente se depara com estes doentes, tanto nos cuidados de saúde primários como nos cuidados de saúde secundários, sendo os enfermeiros os profissionais melhor posicionados para identificar este tipo de população e desempenhar um papel fundamental na recuperação e integração destes doentes. No entanto, parece existir uma lacuna na formação destes profissionais, que pode levar a uma visão negativa ou estereotipada do doente com problemas relacionados com o uso de álcool. Num estudo realizado no Brasil sobre as atitudes dos enfermeiros em relação ao alcoolismo, PILLON (2005) refere que a falha na formação educacional do enfermeiro em relação ao alcoolismo, reflete-se nas suas atitudes e crenças em relação ao doente alcoólico, sendo estas mais significativas que em relação a outros doentes.

As atitudes e crenças negativas dos enfermeiros em relação aos doentes alcoólicos, vão interferir não apenas na deteção de sintomas do alcoolismo, mas também no encaminhamento destes doentes para o tratamento. TRAVELBEE citado por PILLON (2005), refere que a perceção do enfermeiro em relação ao doente “é o fator determinante da qualidade e da quantidade dos cuidados de enfermagem que ele realizará”, nesta perspetiva, o enfermeiro deve avaliar as suas próprias atitudes em relação ao doente alcoólico, para desenvolver cuidados de enfermagem mais humanizados e sem julgamento de valor.

1ª PARTE - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 ENQUADRAMENTO DO PROBLEMA

Desde os tempos mais remotos que são conhecidos os efeitos patológicos causados pelo uso de bebidas alcoólicas, no entanto, o reconhecimento do alcoolismo como doença crónica aparece apenas no século XIX, culminando com a publicação de um tratado sobre alcoolismo crónico, pelo sueco Magnus Huss em 1851 (Mello et al. 2001).

O aumento significativo de pessoas com problemas directamente relacionados com o consumo de álcool e ao alcoolismo, tem vindo a constituir uma das maiores preocupações dos profissionais de saúde que lutam pela promoção de estilos de vida saudáveis.

Quando um doente alcoólico procura os cuidados de saúde, independentemente da instituição, é provável que o primeiro contacto seja com um enfermeiro, as atitudes que estes apresentam perante o doente alcoólico, poderão afetar directamente o curso do relacionamento e do tratamento subsequente.

Devido à sua formação, os enfermeiros são os profissionais que se encontram numa posição mais favorável para o diagnóstico e tratamento precoce do alcoolismo uma vez que, em quase todos os serviços de saúde, se deparam com esta problemática.

Uma visão negativa e estereotipada a respeito do alcoolismo, levam a que surjam dificuldades para intervir com estes doentes, bem como para identificá-los.

Atitudes negativas em relação ao alcoolismo, podem interferir não apenas na deteção dos sintomas, como também no encaminhamento dos doentes para o tratamento. Diante da problemática identificada na literatura e da carência de estudos nacionais referentes ao tema, este estudo tem como principal objetivo compreender as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico.

Com a elaboração deste capítulo pretende-se construir uma base teórica sobre o tema que é objeto do presente estudo. Para tal, irei descrever, ordenar e interligar os conceitos que se pensa serem de maior importância para a compreensão e desenvolvimento

de todo o trabalho incluindo a definição das variáveis, a metodologia utilizada e a interpretação dos resultados.

Dada a abrangência do tema, houve necessidade de considerar apenas os aspectos mais relevantes para o estudo, procurou-se que a importância e a qualidade se sobreponham à quantidade.

2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS SOBRE O ÁLCOOL EM PORTUGAL

Apesar de o alcoolismo ter recebido alguma atenção por parte da medicina, só em meados do século XIX foi considerado como um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo estimando-se que atinja 10% da população mundial, sendo a população portuguesa de igual modo atingida.

Nos últimos anos, Portugal mantém-se nos lugares cimeiros do consumo *per capita* de álcool a nível mundial, com as mais elevadas taxas de mortalidade por cirrose hepática, com elevados índices de sinistralidade rodoviária e de trabalho, para além do vasto leque de problemas a nível individual (saúde física e mental), familiar, ocupacional e comunitário, imputáveis ao álcool, o que o torna num grave problema de saúde pública (PNRPLA, 2009).

Sendo certo que na sociedade portuguesa, o álcool é a principal substância causadora de dependência, convertendo-o no problema mais significativo de todas as outras formas de abuso de substâncias combinadas.

Faz-se ainda notar que a investigação sobre as consequências do consumo de álcool tem-se centrado maioritariamente nos aspetos ligados à saúde e noutras consequências que podem ser facilmente medidas e quantificadas. No entanto, o álcool tem muitas consequências que podem ser consideradas como sociais e que não são apenas médicas ou estarem diretamente ligadas à saúde. Estas situações são, naturalmente, a violência, o crime e problemas de saúde mental. O aumento da importância das consequências não médicas do álcool tem sido refletido nos vários planos e ações europeias no campo dos problemas ligados ao álcool (PLA). Estes problemas em Portugal e a semelhança do resto da Europa, constituem um importante problema de saúde pública.

A situação em Portugal deve ser analisada tendo em conta as dimensões relacionadas com consumos de álcool e problemas associados, em particular as consequências originadas pelo consumo de risco e nocivo de álcool, que atingem não só o bebedor mas também a família e a comunidade em geral, à semelhança da análise que se efetuou no contexto

Europeu. É fundamental ter um adequado conhecimento da realidade Portuguesa, de forma a permitir a reflexão e a tomada de decisão acerca de medidas estratégicas e linhas de ação específicas de prevenção, controlo e tratamento deste problema de saúde pública (PNRPLA 2009).

Face à preocupação com os problemas causados pelo álcool foi constituída em **1977** a **Comissão de Combate ao Alcoolismo** (Despacho Normativo 176/77 de 30 de Agosto). Esta Comissão tinha como função:

“Planear o programa de atividades a desenvolver no sector do alcoolismo, promover e avaliar a execução dos planos aprovados, promover a realização de cursos e encontros para formação ou aperfeiçoamento dos técnicos de saúde dos serviços de recuperação de alcoólicos” e a difusão “de informação tendente ao esclarecimento da população no âmbito de prevenção de alcoolismo” (PNRPLA, 2009).

Em **1988** foram criados os **Centros Regionais de Alcoologia** (CRA) (Decreto Regulamentar n.º 41/88 de 21 de Novembro), com atribuições no tratamento e prevenção em articulação com outras estruturas de saúde. Em 1995 os CRA foram dotados de autonomia técnica e financeira e clarificadas as suas funções (PNRPLA, 2009).

Em 1993 foi formado o **Conselho Técnico de Alcoologia** e em 1999 criada a **Comissão Interministerial** (Resolução do Conselho de Ministros n.º 40/99 de 8 de Maio) *“para analisar e integrar os múltiplos aspetos associados à luta contra o alcoolismo num plano de Ação que reforça a implementação do disposto na estratégia da saúde”* (PNRPLA, 2009).

O objetivo principal seria organizar, juntamente com o Ministério da Saúde, *“uma conferência consultiva que permitisse reunir, analisar e debater diversos projetos sobre a luta contra o alcoolismo”* e intensificar a colaboração internacional nesta matéria, principalmente no âmbito da União Europeia (PNRPLA, 2009).

O **Plano de Ação contra o Alcoolismo** (Resolução do Conselho de Ministros n.º166/2000 de 29 Novembro) surge na sequência do **Plano Nacional de Saúde 1998-2002**, com objetivos e metas bem definidas, elaborado em consonância com as perspetivas do Conselho Técnico de Alcoologia, as recomendações do Plano de Ação Europeu sobre o Álcool da OMS (1992-1999 e 2000-2005) e as do grupo de trabalho sobre o álcool integrado na conferência sobre «Determinantes de Saúde na União Europeia», realizada em Évora no

ano 2000, em que o álcool foi assinalado como um dos mais importantes determinantes da Saúde na Europa (PNRPLA, 2009).

Este **Plano de Ação contra o Alcoolismo** tinha como objetivo a redução dos problemas associados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, envolvendo componentes de estudo ou investigação do fenómeno do álcool e do seu consumo numa perspetiva epidemiológica e de promoção para a saúde. O documento realçou ainda a importância da constituição de uma Rede Alcoológica Nacional, assim como de medidas no âmbito da legislação e fiscalização sobre o álcool (PNRPLA, 2009).

O **Plano Nacional de Saúde 2004-2010** (Ministério da Saúde, 2004) vem reforçar a necessidade da definição de um Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA) em articulação com o Programa de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, numa perspetiva integradora e incluída nas estratégias de Saúde Pública para o nosso país.

Posteriormente, foi proposto em 2005 pela Direção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental, da Direção Geral da Saúde um **Pacote do Álcool**, que reafirmava em grande parte as medidas sugeridas pelo Plano de Ação contra o Alcoolismo, no sentido da sua aplicação (PNRPLA, 2009).

Várias das propostas do Plano de Ação contra o Alcoolismo de 2000 e também do Pacote do Álcool de 2005 foram atualizadas e incorporadas no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010 – 2012 (PNRPLA, 2009).

Sendo os Centros Regionais de Alcoologia os responsáveis pela prevenção e tratamento dos problemas associados ao abuso de álcool e drogas, foram recentemente integrados no Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT), subsistindo, agora, a necessidade de articulação a nível local com os serviços de saúde mental, nomeadamente com aqueles em que existam unidades funcionais de intervenção alcoológica.

Serão também definidas a curto prazo as responsabilidades dos diferentes intervenientes nesta matéria, bem como os princípios que deverão reger a cooperação entre os serviços de saúde mental e os serviços do IDT.

Neste âmbito, considerando a frequência com que as situações de urgência relacionadas com o consumo de substâncias são atendidas nos serviços de urgência psiquiátrica, e dada a escassez de psiquiatras nos serviços de saúde mental, será promovida a participação dos psiquiatras do IDT na prestação de serviços de urgência psiquiátrica (PNRPLA, 2009).

A OMS na 35ª Assembleia Mundial da Saúde em Genebra refere que o alcoolismo constitui um dos mais graves problemas médico - sociais.

Esta doença tem grande impacto na população portuguesa, assim o governo Português através da Resolução da Assembleia da República nº 76 / 2000 de 18 de Novembro, com o título “ Combate ao alcoolismo” descreve que se adote um programa alcoológico nacional de prevenção e combate ao alcoolismo, com o reforço dos meios humanos, técnicos e financeiros para informação, aconselhamento, formação profissional, tratamento e reabilitação psicossocial e inserção social do doente alcoólico.

2.2 A PESSOA COM PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

Neste capítulo considerou-se crucial fazer referência ao conceito de pessoa. Hoje em dia, definir pessoa é, sem dúvida, um imperativo ético de forma a compreendermos melhor o nosso papel na sociedade. Para a Ordem dos Enfermeiros (2001) pessoa é “ *um ser sociável e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos de natureza individual, o que a torna um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se*”. Faz assim sentido, referir que cada pessoa é um ser singular e diferente de todos os outros seres, distinguindo-se notoriamente através da sua racionalidade.

Quando definimos pessoa com problemas ligados ao álcool, referimo-nos ao individuo com consumo elevado de álcool, que desenvolveu dependência face ao mesmo e cujo consumo origina problema físicos, psicológicos e ou sociais. Nos últimos anos, tem-se vindo a verificar um aumento de consumo de álcool nos jovens e nas mulheres. Tem-se verificado também que o consumo excessivo nas mulheres se inicia mais tarde do que nos homens, e as consequências são mais rápidas, ou seja, as complicações fisiológicas e psiquiátricas do abuso de álcool demora menos tempo a instalar-se na mulher, na medida em que o organismo feminino tem menor capacidade de metabolizar grandes quantidades de álcool (Ismail citado por Santos, 2008).

Atualmente, ainda existe nas sociedades dificuldade na distinção entre alcoolismo e doente alcoólico, e problemas ligados ao Álcool, apesar da vasta investigação realizada nos últimos anos, dos quais se destaca o trabalho de Mello; Barrias & Breda (2001), quer a nível clínico, laboratorial ou epidemiológico. Perante esta dificuldade e Citando alguns autores, passo a definir os referidos conceitos relacionados com a problemática do “álcool”.

2.2.1 Alcoolismo

A designação de Alcoolismo, desde os tempos mais remotos, mantém-se associada ao status social, como uma espécie de suporte às relações sociais. Refere-se, habitualmente, às consequências da ingestão de álcool no indivíduo traduzido por um quadro mórbido de sinais e sintomas. Uma das primeiras definições de alcoolismo surgiu em 1849 com Magnus Huss citado por Lino (2006), que definiu o alcoolismo como sendo “o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas suas esferas psíquica, sensitiva e motora, observado nos sujeitos que consumiram bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva e durante longo período”.

No entanto, entre as numerosas definições que se ficaram a dever à Organização Mundial de Saúde (OMS), destaca-se a que considera o alcoolismo como doença e alcoólico como doente. Assim, o alcoolismo é constituído pela totalidade dos problemas motivados pelo álcool no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social com as suas repercussões económicas, legais e morais (Mello et al., 2001). Trata-se de “uma doença primária, crónica, cujo desenvolvimento e manifestações são influenciados por factores genéticos, psicológicos, sociais e ambientais; a doença é frequentemente progressiva e fatal; caracteriza-se por uma perda de controlo do consumo, permanente ou temporária, com o uso de álcool apesar das consequências negativas e acompanha-se de distorções cognitivas, com particular ênfase para a negação” (McQueen citado por PNRPLA, 2009)

A OMS citada por BABOR & HIGGINS-BIDDLE (2001), apresenta assim seis critérios em relação à classificação deste transtorno:

- 1 - Um forte desejo ou sentimento de compulsão para beber;
- 2 - Dificuldade de controlo no consumo de bebidas alcoólicas em termos do seu início, paragem ou níveis de consumo;
- 3 - Um estado de abstinência fisiológico quando o consumo de álcool terminou ou foi reduzido. Ou utilização do álcool como forma de aliviar ou evitar os sintomas da abstinência;
- 4 - Evidência de tolerância, como por exemplo, necessidade de aumentar as doses de ingestão de álcool para obter efeitos originalmente conseguidos por doses mais reduzidas;
- 5 - Desleixo progressivo de atividades de lazer ou interesses alternativos devido ao consumo de álcool.

6 - Consumo continuado apesar de evidências óbvias de consequências nocivas, tais como dano do fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo de substâncias ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga, devesse fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente consciente da natureza ou extensão do dano.

Mello et al (2001) refere que, embora os efeitos do álcool sejam conhecidos desde a antiguidade, os fenómenos do alcoolismo crónico eram apenas mais ou menos ignorados, sendo o estado de embriaguez a única perturbação ligada ao uso de bebidas alcoólicas referida. O alcoolismo é, então, uma doença de carácter progressivo, incurável e quase sempre fatal. O alcoolismo agudo (embriaguez) é, muitas vezes, confundido com alcoolismo crónico.

No primeiro caso, trata-se da ingestão única em grande quantidade de álcool, num dia ou num curto espaço de tempo, podendo ter como consequência uma leve tontura ou, nos casos mais graves, um coma alcoólico. Por sua vez, o alcoolismo crónico acontece quando ingerimos bebidas alcoólicas com frequência, repartidas ao longo do dia, em várias doses, que vão mantendo uma alcoolização permanente do organismo, nunca este saindo do efeito do álcool.

Socialmente, o alcoolismo determina uma enorme ambiguidade: tolerado e mais do que tolerado, estruturante do desenvolvimento psicossocial e individual, mesmo apesar do reconhecido risco que acarreta em termos de saúde no seu conceito mais lato, ou seja, o de bem-estar físico, psíquico e social. Assim, é possível que coexistam, socialmente, uma gama de apelos ao seu consumo (dos mais explícitos aos mais subtis), com uma permanente chamada de atenção para os seus riscos da parte dos sistemas de consumo (Santos, 2008).

Segundo esta abordagem o problema é muito mais vasto que o simples conceito de alcoolismo como doença, logo o problema da dependência alcoólica (extenso e grave) representa apenas uma pequena parte de todos os problemas ligados ao alcoolismo.

2.2.2 Doente alcoólico

Ao falar de doente alcoólico, não podemos deixar de dar ênfase ao fenómeno de dependência, que segundo a DSM – IV (APA, 1996) é descrita como “ *um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicativos de que o sujeito continua a utilizar a substancia apesar dos problemas significativos relacionados com esta*”, que

destacando-se a tolerância, ou seja o doente desenvolve um estado de habituação e para obter o mesmo efeito recorre a maiores quantidades de substância.

Para se diagnosticar a dependência, deve recorrer-se, por exemplo à classificação de perturbações mentais Norte-Americana para as dependências de substâncias (DSM- IV, 2001) citada por LINO (2006), que define os critérios tendo em conta a presença de três ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo em qualquer ocasião, no mesmo período de 12 meses:

(1) Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:

(a) Necessidade de quantidades crescentes da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;

(b) Diminuição acentuada do efeito com a utilização continuada da mesma quantidade da substância.

(2) Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:

(a) Síndrome de abstinência característica da substância;

(b) A mesma substância (ou outra relacionada) é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

(3) A substância é frequentemente consumida em quantidades superiores ou por um período mais longo do que pretendia.

(4) Existe desejo persistente ou esforços, sem êxitos, para diminuir ou controlar a utilização da substância.

(5) É despendida grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção (por exemplo, visitar vários médicos ou conduzir para longas distâncias) e utilização da substância (por exemplo, fumar em cadeia) e à recuperação dos seus efeitos.

(6) É abandonada ou diminuída a participação em importantes atividades sociais, ocupacionais e recreativas devido à utilização da substância.

(7) A utilização da substância é continuada apesar da existência de um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico, provavelmente causado ou exacerbado pela utilização das substâncias (por exemplo, utilização de cocaína apesar da existência de uma depressão induzida pela cocaína, ou manutenção do consumo de álcool apesar do agravamento de uma úlcera devido ao consumo deste).

Para a OMS, o alcoólico é um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, de alterações da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico. Devendo estes submeterem-se a tratamento (Mello et al., 2001).

2.2.3 Problemas Ligados ao Álcool

Para a OMS existem vantagens em utilizar a designação de “problemas ligados ao Álcool” dado o vasto leque de situações relacionadas com o álcool pois existem relações mais ou menos perigosas do álcool com a condução rodoviária, criminalidade, a patologia laboral, as perturbações familiares e efeitos sobre a criança (concepção, gestação, aleitamento, desenvolvimento e rendimento escolar). O álcool representa um risco no normal desenvolvimento de saúde infantil, juvenil e do adulto (Mello et al., 2001).

Num documento de trabalho apresentado na 35ª Assembleia Mundial de Saúde, em Genebra, em 1982, a OMS citado por Mello et al. (2001), refere que “Problemas ligados ao álcool, ou simplesmente problemas de álcool” é uma expressão imprecisa mas cada vez mais usada nestes últimos anos para designar as consequências nocivas do consumo de álcool. Estas consequências atingem não só o bebedor, mas também a família e a colectividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos, de um consumo excessivo ou inoportuno, ou de um consumo prolongado”.

O risco do álcool e da doença alcoólica, nas suas repercussões, está patente em todas as sociedades e pode atingir grupos diversos, bem como variados fatores, e assim engrandece-se o vastíssimo leque dos Problemas Ligados ao Álcool. Cujas tipologia poderá ser esquematizada (Mello et al., 2001):

Problemas Ligados ao Álcool, no Indivíduo: efeitos episódicos agudos de um forte consumo de álcool; consequência de um consumo excessivo e prolongado de álcool; efeitos de um consumo de álcool em determinadas circunstâncias (Ex: gravidez, aleitamento menoridade).

Problemas Ligados ao Álcool, na Família do bebedor: perturbação da Família e do Lar do Alcoólico; a descendência do alcoólico – crianças “filhas de alcoólicos” e suas perturbações.

Problemas Ligados ao Álcool, no Trabalho: Diminuição de rendimento laboral; aumento do absentismo e acidentabilidade; reformas prematuras.

Problemas Ligados ao Álcool, na Comunidade: perturbações nas relações sociais e da ordem pública; delitos, atos violentos, criminalidade; desemprego, vagabundagem; degradação da saúde e do nível de vida e bem-estar da comunidade; acidentes de viação.

Esta perspetiva alargada, já ultrapassa o simples conceito de alcoolismo como doença, alvo dos cuidados médicos. Os problemas ligados à dependência alcoólica, se bem que extensos e graves, “não representam senão uma pequena parte de todos os problemas ligados ao álcool” (Mello, 2001).

2.3 ESTIGMA DOENÇA MENTAL/ALCOOLISMO

O conceito de doença mental que prevalece na sociedade ainda está aliado a mitos e preconceitos o que leva a atitudes discriminatórias e, conseqüentemente a um sofrimento acrescido para os doentes.

Questões sociais são consideradas grandes influenciadoras de doenças mentais (Goffman, 1988). O estigma situa-se entre estas questões sociais e, não é por acaso, que é considerado uma prioridade de pesquisa da Organização Mundial de Saúde.

A história da pessoa com doença mental tem sido marcada pelo estigma e exclusão social. Desde a era primitiva até ao séc. XIII, com Pinel, o doente mental foi alvo de várias interpretações, na tentativa de explicação dos seus comportamentos.

Goffman entende o estigma como uma diferenciação pejorativa, que é indesejada e implica uma intolerância grupal. Estigmatizar significa situar o indivíduo, a partir de critérios impostos arbitrariamente nas relações sociais quotidianas, numa condição de isolamento, onde o indivíduo estigmatizado é aprisionado sob a fixidez do olhar do outro (Goffman, 1988).

A estigmatização é transversal no tempo. Ao longo da história da Humanidade está presente nos mais diversos campos como por exemplo, orientação sexual, etnia, estatuto socioeconómico e saúde dos indivíduos.

Historicamente, o termo estigma foi criado pelos gregos, para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mal sobre o status moral de quem a apresentava (Goffman, 1988).

A pessoa estigmatizada era aquela marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada, especialmente em lugares públicos (Goffman, 1988). Na Era Cristã foram acrescentados dois níveis de metáfora ao termo: o primeiro deles referia-se a sinais corporais de graça divina que tomavam a forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo nível referia-se a uma alusão médica a essa alusão religiosa, referia-se a sinais corporais de distúrbio físico (Goffman, 1988).

Porém, actualmente ainda é possível constatar que há ainda na nossa sociedade, preconceitos relativamente à doença mental, doentes mentais e profissionais de saúde da área da psiquiatria.

O uso de álcool é uma das principais condições que apresenta conotação moralizante e estigmatizante no mundo. O estigma ligado ao álcool e à doença mental leva a uma sub-estimação, sub-diagnóstico e subtratamento da mesma. O doente alcoólico é muitas vezes vítima de discriminação em muitos campos da vida como o acesso à educação, o apoio familiar, o acesso ao mercado de trabalho, o círculo de amigos e prestação de cuidados de saúde.

Contudo, tem-se reconhecido que o estigma relacionado com o doente alcoólico pode constituir um obstáculo no acesso ao tratamento, e os receios relacionados com a revelação, exposição e julgamentos alimentam este estigma. Ainda há doentes alcoólicos que só são tratados quando existem outras doenças graves relacionadas (hepatites, cancro...). Outros têm receio de revelar o seu estado de doença aos seus parceiros com medo das consequências. Pois, o doente alcoólico verbaliza frequentemente sentimentos de ser injustiçado, desvalorizado e marginalizado.

O processo de estigmatização e os seus diversos impactos estão rotineiramente associados, não apenas com as doenças mentais, mas também com a dependência de álcool, sendo notadamente uma das principais condições de saúde que carregam uma grande conotação moralizante. Através do processo da estigmatização, alguns indivíduos são sistematicamente excluídos de determinadas interações sociais por possuírem características que os distinguem dos outros ou por pertencerem a um grupo social particular (Kurzban & Leary citados por Jorge-Monteiro & Madeira, 2007).

A estigmatização e culpabilização do doente alcoólico por parte da população, e em especial por parte dos profissionais de saúde, pode criar barreiras na qualidade do cuidado em saúde dificultando o acesso, prejudicando o tratamento e restringindo as oportunidades de

inserção social destes doentes. O contacto pessoal com pessoas que sofrem desta perturbação, podem levar a atitudes prejudiciais e negativas sobre eles e subsequentemente à estigmatização, exclusão social e discriminação.

As crenças incorrectas acerca da doença influenciam as atitudes das pessoas e criam respostas unicamente centradas nos rótulos médicos, nos sintomas e comportamentos que observam das pessoas com doença mental, isto é, respondem relembrando as imagens e os estereótipos criados em redor das mesmas (OMS & AMP, 2002 citada por Jorge-Monteiro & Madeira, 2007).

O estigma é uma marca que distingue, que estabelece uma barreira entre a pessoa estigmatizada e os outros que atribuem características negativas a essa pessoa. No seio da própria família surge muitas das vezes o problema em lidar com a situação, porque na grande maioria nunca tinham lidado com algo como a doença mental e ou com o doente alcoólico. São raros os casos em que a pessoa com estas perturbações é perfeitamente integrada na família, obtendo assim um bom suporte para a sua reabilitação. Desta forma, não se consegue um bom suporte para a pessoa com doença mental quando esta mais necessita dele, pois na grande maioria das vezes a primeira ajuda vem exactamente da família e é este sem dúvida o mais importante dos suportes (Silva, 2005).

Na opinião de HOCKING, citado por JORGE-MONTEIRO & MADEIRA (2007), há actualmente a consciência de que são necessárias estratégias a longo-prazo para combater o estigma, através da dissociação da doença mental ao medo e através do aumento de conhecimento e da mudança de atitudes. Desta forma, uma das estratégias alternativas à concepção moralizante do doente alcoólico é o foco na mudança de atitudes dos profissionais de saúde como forma de prevenir os danos associados à estigmatização, contribuindo para melhoria de índices de adesão e de eficácia do tratamento.

2.4 ATITUDES DOS ENFERMEIROS

Os enfermeiros constituem o grupo profissional que mais frequentemente se deparam com os doentes alcoólicos. Sendo os profissionais melhor posicionado para identificar e intervir junto de doentes cujo consumo de álcool se revela perigoso ou nocivo para a sua saúde e de outros. No entanto, parece haver um défice na formação específica dos enfermeiros nesta área, que pode levar a uma visão negativa ou estereotipada do doente com problemas

ligados ao álcool, podendo este fator contribuir na identificação e intervenção de enfermagem nestes doentes (Pillon, 2005).

A mesma autora refere que as falhas na formação dos enfermeiros em relação ao álcool, reflete-se na atitude e crenças dos enfermeiros em relação ao doente alcoólico, sendo esta mais significativa do que as que têm em relação a outros doentes. Estas atitudes e crenças negativas dos enfermeiros em relação ao alcoolismo, vai interferir não apenas na deteção de sintomas do alcoolismo, mas também no encaminhamento destes doentes para tratamento mais especializados.

O presente estudo focaliza-se essencialmente no conceito de “atitude”.

Em Portugal, poucas pesquisas tem sido direcionadas para a investigação das atitudes dos profissionais de saúde e em particular dos enfermeiros em relação aos conhecimentos adquiridos sobre os problemas ligados ao uso de álcool e suas consequências para o indivíduo, família e sociedade em geral. Embora os enfermeiros tenham uma formação específica, as suas atitudes podem não ser diferenciadas daquelas da população em geral (Pillon, 2005).

De acordo com AJZEN citado por ROSA (2008) “*atitude*” é a tendência do indivíduo para pensar, sentir ou agir positiva ou negativamente face aos estímulos e objetos ambientais. São predisposições aprendidas para dar respostas consistentes, favoráveis ou desfavoráveis, como resultado de experiências passadas, formando-se principalmente por modelamento ou outra forma de aprendizagem social.

Na literatura e segundo alguns autores, a definição de “atitude” assume atualmente divergentes pontos de vista em relação à definição do conceito de “atitude”. A definição e o uso do termo variam muito, mas, apesar destas variações, podemos concluir pelas definições existentes, que, geralmente, as atitudes têm três componentes: cognições; sentimentos; e comportamento. (Jansen e Ajzen; citados por Rosa, 2008).

A **componente cognitiva** refere-se a ideias, pensamentos, percepções, crenças ou opiniões individuais sobre a atitude, isto é, reflete a forma como a atitude em causa é mentalmente conceptualizada.

As respostas cognitivas são normalmente expressas através do uso de indicações verbais de opiniões ou crenças e são avaliadas em consonância.

Um exemplo de definição de atitude, realçando a componente cognitiva, é proposta por ALLPORT citado por ROSA (2008), “atitudes são processos mentais individuais que determinam as respostas reais ou potenciais do indivíduo no mundo social”.

A **componente afetiva** reflete o sentimento ou a estrutura emocional da atitude ou a emoção que suporta a ideia (componente cognitiva).

FISHBEIN, em 1967, citado ainda pelo mesmo autor, dá-nos uma definição de atitude enfatizando a componente afetiva: “atitude é uma predisposição aprendida para responder consistentemente, de forma favorável ou desfavorável, a um objeto ou uma classe de objetos”.

A **componente comportamental** consiste na reação atual para com a atitude respetiva. É, portanto, o ato instrumental realizado face ao objeto. Um exemplo de definição de atitude, tendo por base uma orientação comportamental, é-nos dada por BOGARDUS citado por ROSA (2008): “atitude é uma tendência para agir a favor ou contra um fator ou um conjunto de fatores ambientais que, desse modo, assumem um valor positivo ou negativo”.

No âmbito deste estudo, define-se “atitude” como o conjunto de sentimentos e crenças dos enfermeiros perante o doente alcoólico.

Assim, através do instrumento de colheita de dados, só duas das componentes das atitudes serão avaliadas: afetiva e cognitiva. Além disso, é de realçar a importância dos estudos sobre atitudes, especialmente em Enfermagem, na medida em que, são estas que influenciam o comportamento individual.

De acordo com JANSEN *et al.* citado por ROSA (2008), uma atitude poderá mudar ao longo do tempo, se o enfermeiro mudar algum dos seus componentes (cognições, sentimentos ou comportamentos). Tanto a componente afetiva como a cognitiva poderão mudar por influência de experiências anteriores vivenciadas pelos enfermeiros durante o exercício profissional.

2ª PARTE – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

3 METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

A investigação científica é um processo que permite identificar e resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual nós vivemos. “É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação” (Fortin, 1999). É influenciada por elementos abstractos e elementos concretos que sustentam o processo e concorrem para a sua aplicação na prática.

Sendo o presente estudo de carater exploratório e descritivo, tendo sido utilizada uma metodologia de natureza quantitativa, pretendendo-se identificar e descrever as relações entre variáveis.

Desta forma, o objectivo deste capítulo consiste em descrever em pormenor a forma como se realizou o estudo, de tal modo que qualquer individuo o possa replicar com base na informação fornecida. Descrevem-se algumas decisões importantes de carácter metodológico, tais como, a formulação do problema, as variáveis em estudo, o tipo e delineamento de estudo, a população e amostra seleccionada, a construção e aplicação do instrumento de recolha de informação, o tratamento e análise dos dados obtidos.

3.1 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Diversos estudos teóricos e empíricos sobre a atitude dos enfermeiros perante o doente alcoólico reforçam a ideia de que as atitudes e os conceitos dos profissionais e estudantes da área de saúde, em relação à etiologia do alcoolismo, não sofreram grandes mudanças com o decorrer do tempo. SULIVAN & HALE citados por PILLON (2005), observaram nesses profissionais o predomínio da crença numa etiologia psicológica e/ou biológica, não descartando totalmente o aspecto moral do problema.

PILLON et al (1998), num estudo realizado no Brasil sobre atitudes dos enfermeiros em relação ao alcoolismo, investigando as características psicométricas entre três escalas sobre atitudes encontrou a influencia dos factores morais concomitantes a uma mistura da etiologia psicológica e ou biológica da doença.

O presente estudo de investigação foca uma das variáveis relacionadas com os enfermeiros: “as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico”.

Para além da competência técnica, um factor directamente associado à forma de intervir com o doente alcoólico, é a atitude dos profissionais de saúde que constitui um elemento importante e preditivo do tipo de cuidados prestados.

O enfermeiro é o profissional que tem maior contacto, com o doente alcoólico durante o internamento. Cuidar de um doente alcoólico, traz algumas dificuldades ao enfermeiro generalista, estas, segundo PILLON (2005) podem estar relacionadas com “*deficiências no currículo*”. Esta dificuldade está relacionada também com o estigma associado a esta doença, assim o enfermeiro deverá avaliar as suas próprias atitudes em relação ao doente alcoólico, para desenvolver cuidados mais humanos, pois as atitudes negativas podem afetar os cuidados a prestada e desencadear no doente um comportamento hostil ou contra-terapêutico.

A partir das pesquisas efetuadas sobre as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico, constatei que esta é uma área que não tem merecido muita atenção no nosso país, particularmente no que se refere ao desenvolvimento de instrumentos de avaliação que nos permitam avaliar as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico.

Este trabalho de investigação, será constituído por uma parte metodológica e outra que integrará um estudo observacional, descritivo do tipo transversal, no qual serão analisados os resultados obtidos através do instrumento de colheita de dados, de modo a poder responder à seguinte questão de investigação:

Quais as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico, no Internamento Hospitalar e nos Cuidados de Saúde Primários?

A investigação desenvolveu-se na Região Norte, sendo a população estudada composta pelos enfermeiros do serviço de psiquiatria B3 de internamento dos doentes agudos do Hospital de Magalhães Lemos e pelos enfermeiros do Centro de Saúde de Mirandela I.

3.2 METODO

A metodologia desempenha um papel essencial no desenvolvimento de um trabalho de investigação, pois quase sempre os resultados finais são condicionados pelo processo, o método e a forma como se obtiveram estes dados.

Para FORTIN (1999) a fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo, será integrado num plano de trabalho que ditará as actividades conducentes à realização da investigação.

O que determina uma correta pesquisa científica é a adopção de uma metodologia de trabalho, que de acordo com FORTIN (1999), “é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”.

Sendo o presente estudo de carater exploratório descritivo-correlacional, transversal e exploratório, tendo sido utilizada uma metodologia de natureza quantitativa, pretendendo-se identificar e descrever as relações entre variáveis.

Assim no decurso da fase metodológica, procurei determinar os métodos a utilizar para obter respostas às questões de investigação colocadas. Tornou-se necessário escolher um desenho apropriado para explorar e descrever o fenómeno, examinar associações e diferenças. Aqui farei uma pequena abordagem à metodologia adoptada para este tema, definirei a população, a amostra e qual a escolha do instrumento de colheita de dados.

3.3 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

O ponto de partida de qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse e transpô-lo para uma questão que poderá ser estudada. Segundo FORTIN (1999), para estar em condições de formular um problema de investigação, é necessário escolher previamente o tema de investigação que se reporte a uma situação problemática; e estruturar uma questão que oriente o tipo de investigação a realizar e lhe dará uma explicação. Segundo o mesmo autor, o investigador deve ter em conta certos pontos para a definição do seu tema, dos quais se destaca: a atualidade da questão; a exequibilidade do projeto; a operacionalização da questão.

Assim sendo, o tema escolhido para a minha investigação foi: **“as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico”**.

3.3.1 Questões de Investigação

Uma questão de investigação é uma “interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações. É um enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 1999).

Depois da selecção de uma temática de interesse, surge a necessidade de construir uma questão de investigação que encaminhará o estudo que se pretende desenvolver, que se baseia em identificar as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico.

Nesta perspetiva, definiu-se a seguinte questão de investigação: **Quais as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico, nos Cuidados de Saúde Secundários e nos Cuidados de Saúde Primários?**

3.3.2 Objectivos

Para que se possa estudar o problema com maior rigor é preciso especifica-lo, através dos objectivos que orientam a direcção a adoptar, ou seja, “O objetivo de um estudo indica o porque da investigação. É um enunciado declarativo que precisa a orientação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio da questão” (Fortin, 1999).

Desta forma e tendo em atenção todos os aspetos que me levaram a optar por este tema, defini para este estudo os seguintes objectivos:

- Compreender as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico;
- Descrever a percepção e opinião dos enfermeiros diante do doente alcoólico;
- Compreender como os enfermeiros desenvolvem o seu trabalho e se relaciona com o doente alcoólico.

3.3.3 Tipo de Estudo

Para Fortin (1999), “o nível dos conhecimentos no domínio em estudo determina a escolha do tipo de investigação”. Ainda para a mesma autora, os estudos descritivos “visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”.

O tipo de estudo adoptado neste trabalho foi o **quantitativo**, pois, houve a preocupação essencialmente em colher dados quantificáveis, através de um questionário estruturado, constituído com questões fechadas.

FORTIN (1999) refere que o método de investigação quantitativa é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, oferecer também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos. Para a mesma autora a objetividade, a predição, o controlo e a generalização são características inerentes a esta abordagem.

Em relação à dimensão temporal, o estudo é **transversal** porque envolve “ a colheita de dados em um ponto do tempo. Os fenómenos sobre o estudo são obtidos durante um período de colheita de dados” (Polit, 1995).

Quanto ao propósito e método, o estudo insere-se na categoria **exploratória** uma vez que as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico é um assunto até agora pouco estudado e sobre o qual existe pouca bibliografia, e **descritivo** porque pretende identificar, descrever e clarificar as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico durante a prestação de cuidados.

3.3.4 População/Amostra

A população compreende todos os elementos (pessoas, grupos, objectos) que partilham características comuns, as quais são definidas por um conjunto de critérios estabelecidos para o estudo (Fortin, 1999). Ainda segundo a mesma autora, os elementos que constituem a população devem satisfazer os critérios de selecção definidos antecipadamente, para os quais o investigador pretende fazer generalizações. Quando a população é objecto de um estudo, passa a denominar-se de população alvo.

Inicialmente, considerei como população alvo do presente estudo sujeitos com as seguintes características:

- Ser profissional de enfermagem;
- Desenvolver a sua actividade num serviço em que esteja em contacto com doentes alcoólicos;
- Estarem disponíveis a participar voluntariamente no estudo.

Para seleccionar a população acessível consideraram-se todos os critérios de elegibilidade acima referidos, assim, a população a estudar foi constituída por 30 enfermeiros; 13 enfermeiros a prestar cuidados no serviço de internamento de doentes agudos do Hospital de Magalhães Lemos e 17 enfermeiros a prestar cuidados no Centro de Saúde de Mirandela I.

Contudo, a população raramente é acessível na sua totalidade ao investigador, pelo que a população acessível deve ser representativa da população. Esta é designada de amostra, que segundo FORTIN (1999) consiste num “subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo”.

A amostra utilizada no presente estudo é uma amostra não probabilística por conveniência, composta por 23 enfermeiros de ambos os sexos, 8 a trabalhar no serviços de internamento de doentes agudos do Hospital de Magalhães Lemos e 15 a prestar cuidados no Centro de Saúde de Mirandela I.

Para este estudo, os dados foram recolhidos através de um questionário (Apêndice I) entregue aos enfermeiros e recolhido pelo próprio investigador. Os participantes foram recrutados utilizando todos os enfermeiros elegíveis durante o período definido para o trabalho de campo que decorreu de 07 a 15 de Dezembro de 2011 no serviços de internamento de doentes agudos do Hospital de Magalhães Lemos, e de 19 a 30 de Dezembro de 2011 no Centro de Saúde de Mirandela I.

3.4 INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

3.4.1 - Descrição do Instrumento

O instrumento de colheita de dados foi adaptado da “Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoólico” (EAFAAA) construída e validada para a população Brasileira, por VARGAS e LUIS (2008). Esta escala de mensuração das atitudes, é composto por 96 itens, divididos entre 5 factores que abordam o tema do álcool sob diferentes ângulos. Para o presente estudo utilizou-se apenas o **Fator 1** que se refere ao doente alcoólico: o trabalho e as relações interpessoais; deste fator resultou a parte II do instrumento para colheita dos dados do trabalho de investigação, composto por 42 itens relativos à percepção, opiniões e sentimentos dos enfermeiros perante o doente alcoólico, bem como o trabalhar e relacionar-se com estes doentes.

A EAFAAA é específica para medir as atitudes dos profissionais, relacionadas com as questões de álcool; além disso, permite também avaliar atitudes de dois atributos: as atitudes relativas ao relacionamento interpessoal com o doente alcoólico e às atitudes diante das repercussões do alcoolismo no contexto pessoal e social.

É uma escala do tipo likert, com alternativas de 1 (discordo totalmente) a 5 (concordo totalmente). O enfoque likert consiste em verificar o nível de concordância do sujeito, com uma serie de afirmações que expressam algo de favorável em relação a um objecto psicológico. As respostas às afirmações, são respondidas numa escala de pontos, que podem variar de três a dez, sendo mais utilizadas as escalas de cinco a sete pontos. No caso da EAFAAA, cada um dos 96 itens que compõem o instrumento, pode ser respondida por meio de uma escala de cinco pontos (Vargas, 2008).

Discordo totalmente (1)

Discordo (2)

Indiferente (3)

Concordo (4)

Concordo Totalmente (5)

O questionário utilizado no presente estudo de investigação, é constituído por duas partes: a 1ª parte, em que se pretende efetuar a caracterização do profissional de enfermagem, e a 2ª parte, na qual são abordados conteúdos com o intuito de caracterizar as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico.

No início do questionário, que se encontra anexado ao presente trabalho de investigação, solicitou-se aos sujeitos que respondessem a todas as questões, de acordo com a sua opinião e experiência.

Na 1ª Parte, pretende-se efetuar a caracterização sociodemográfica e profissional dos enfermeiros e, consiste numa colheita de dados pessoais, onde houve sempre o cuidado de salvaguardar o direito à intimidade e ao anonimato dos sujeitos. É constituída por 7 questões fechadas, onde constam a idade (Q1); género (Q2); tempo de exercício na profissão (Q3); categoria profissional (Q4); se no serviço onde trabalha recebem com frequência doentes com dependência alcoólica (Q5); se como enfermeiro, alguma vez fez formação específica sobre alcoolismo e os problemas relacionados com uso de álcool (Q6); e por fim a questão que se refere a se tivesse recebido mais formação sobre alcoolismo prestaria melhores cuidados a estes doentes (Q7). A 2ª parte, constituída por 42 itens relativos à perceção, opiniões e

sentimentos dos enfermeiros perante o doente alcoólico, bem como o trabalhar e o relacionar-se com estes pacientes. É uma escala de Likert, que é útil nos estudos de opiniões e percepções dos sujeitos, e que permitiu medir as atitudes dos enfermeiros, relacionadas com as questões de álcool. Esta escala é constituída por cinco níveis de gradação possíveis, aos quais correspondem *scores* de 1 a 5, caracterizada do seguinte modo: Discordo totalmente (1); Discordo (2); Indiferente (3); Concordo (4); Concordo Totalmente (5).

3.4.2 Procedimento de Recolha de Dados

Antes de iniciar a recolha de dados, foi enviado um pedido de autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados, ao Enfermeiro Director do Hospital de Magalhães Lemos e para o Coordenador do Centro de Saúde Mirandela I, onde se pretendia realizar o estudo (Apêndice II e III), informando-os sobre os objectivos do mesmo e solicitando autorização para a aplicação dos questionários aos profissionais de Enfermagem dos serviços seleccionados.

Depois de recebida a autorização devidamente assinada, desloquei-me ao serviço de internamento do Hospital de Magalhães Lemos, contactando pessoalmente com a enfermeira responsável do serviço, entregando-lhe um envelope com os questionário e algumas instruções de preenchimento que a mesma se prontificou a distribuir pela restante equipa. A recolha dos questionários preenchidos foi realizada por mim na data planeada.

No Centro de Saúde de Mirandela I, fui eu própria que distribui os questionários pelas enfermeiras e procedi à recolha dos mesmos na data combinada.

3.4.3 Procedimento Éticos e Formais

Qualquer acção humana pressupõe à pessoa que a realiza, a consciência das implicações éticas que poderão advir da mesma. A investigação não é excepção, e o investigador que a realiza deve consciencializar-se que, qualquer investigação efectuada junto dos seres humanos “tem obrigações e responsabilidades morais” (Fortin, 1999).

No âmbito da execução do presente estudo, procurei nunca descurar os princípios éticos que devem acompanhar todo e qualquer processo de pesquisa.

Inicialmente ouve uma entrevista informal com o Senhor Enfermeiro Director do Hospital de Magalhães Lemos, sucedendo o mesmo com o Coordenador do Centro de Saúde

Mirandela I, onde se realizou a colheita de dados, aos quais foi entregue um exemplar do questionário e o pedido de autorização por escrito, que analisaram e deram o seu parecer favorável, assinado e autenticando o meu pedido.

Os questionários, num total de 13, foram entregues à senhora enfermeira responsável do serviço de internamento do Hospital Magalhães de Lemos, que se encarregou de os distribuir pelos restantes enfermeiros do serviço. Após o seu preenchimento seriam colocados num envelope fechado e na data combinada seriam recolhidos por mim. No Centro de Saúde de Mirandela I, os questionários num total de 15, foram distribuídos por mim pela equipa de enfermagem, e recolhidos na data combinada.

De forma a permitir a participação voluntária e informada dos sujeitos intervenientes no estudo, elaborei uma nota introdutória ao questionário, no qual fiz uma breve descrição do mesmo, dando a conhecer os seus objectivos e feito o pedido de colaboração, realçando o carácter confidencial e de anonimato dos dados recolhidos, obtendo assim o seu consentimento livre e esclarecido. Deste modo, procurei salvaguardar os direitos ao anonimato e confidencialidade, à protecção contra o desconforto e prejuízo, à autodeterminação e à privacidade.

Após a recolha dos questionários, devidamente preenchidos, efectuou-se a análise, tratamento e interpretação dos resultados obtidos.

3.4.4 Procedimento para Análise dos Dados

Por se tratar de um estudo de abordagem quantitativa, para o tratamento dos dados, foi criado numa base de dados utilizando para isso um programa informático, nomeadamente Microsoft Excel – Office 2007 para o Windows. A apresentação dos resultados é efectuada através da narração de quadros, tabelas e gráficos.

A estatística descritiva inclui as distribuições de frequências, as medidas de tendência central (média, moda e mediana), e as medidas de dispersão (desvio padrão).

Para avaliação da grelha, e seguindo a orientação de Vargas (2008) para a EAFAAA, foram atribuídos 1 a 2 pontos às categorias de respostas desfavoráveis à questão proposta; 4 a 5 pontos às categorias favoráveis e 3 aos níveis intermediários da resposta. Assim, a média de escore elevada é considerada indicativa de **atitudes negativas**, e a média de escore baixa é considerada indicativa de **atitudes positivas**. Considerando que a maioria dos itens da grelha

têm sentido negativo, isto é, caso a pessoa demonstre atitude concordante com este item, ela terá uma atitude negativa em relação ao doente alcoólico.

Para análise dos dados obtidos através da grelha (parte II), os escores dos itens foram calculados, de acordo com as respostas dos participantes em cada um dos itens que podia variar de 1 a 5. Para analisar as atitudes dos participantes, foi feita uma regressão logística como uma forma de encontrar variáveis que pudessem diferenciar os indivíduos quanto as suas atitudes. Neste tipo de modelo a variável resposta é binária, dividindo-se a **Atitude Geral** em duas categorias: **Atitudes Negativas**, valores maiores ou iguais a 126 da variável **Atitude Geral**, e **Atitude Positiva**, valores menores ou iguais a 125 da variável **Atitude Geral**. Esse ponto de corte foi estabelecido, de acordo com o seguinte raciocínio, uma vez que são 42 os itens na grelha de avaliação de atitudes, a soma da pontuação de um indivíduo que se tenha posicionado de forma neutra (3-Indiferente) em todos os itens seria 126, ou seja, ao multiplicar-se a pontuação média (3) pelo número de itens (42) obteve-se uma pontuação total igual a 126 ($3 \times 42 = 126$). Dessa forma, pontuação de 126 ou um ponto acima dessa média, foi indicativo de atitude negativa e 1 ponto a baixo, como atitude positiva.

Estabelecido esse ponto de corte, realizou-se uma análise univariada, no intuito de verificar a influência das variáveis do estudo nas atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico. Nesse sentido, incluíram-se no modelo de análise as variáveis sócio demográficas (**Sexo, Idade, Tempo de Experiência Profissional, Categoria Profissional, Experiência com doentes alcoólicos e formação específica em alcoologia**), com o intuito de identificar a associação entre cada uma das variáveis e a influência destas nas atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL DA AMOSTRA

As tabelas e gráficos que se apresentam fazem parte da caracterização da amostra, que foi constituída por 23 enfermeiros (15 enfermeiros dos cuidados de saúde primários e 8 enfermeiros dos cuidados de saúde secundários). Desta caracterização fazem parte a género, idade, tempo de exercício na profissão, categoria profissional.

Em relação à variável sexo (tabela 1), ambos os grupos apresentam predominância do sexo feminino. Nos enfermeiros dos CSP, a representação do sexo feminino é de 100% da amostra e nos profissionais dos cuidados de saúde secundários é de 75%.

Tabela1: Frequências do sexo dos profissionais de enfermagem

Sexo	Enfermeiros dos C. S. Primários		Enfermeiros dos C. S. Secundário	
	n	%	n	%
Feminino	15	100	6	75
Masculino	0	0	2	25
Total	15	100	8	100

Pela análise da Tabela 2 e 3 verifica-se que a maior parte dos profissionais de enfermagem inquiridos possui uma idade relativamente jovem, com aproximadamente 50% dos enfermeiros, dos dois grupos, na faixa etária dos 32 aos 39 anos. Sendo a média de idades para os enfermeiros dos CSP de 41,6 anos, e a média de idades dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Secundários de 30 anos. Sendo a idade mínima para os enfermeiros dos CSP de 28 anos e a máxima 56, em relação aos enfermeiros dos cuidados de saúde secundários estes, apresentam uma faixa etária, mais jovem e mais homogenia, sendo a idade mínima de 25 anos e a máxima de 39 e um desvio padrão de 3,8.

Tabela2: Frequências da faixa etária dos profissionais de enfermagem

	Enfermeiros dos C. S. Primários		Enfermeiros dos C. S. Secundários	
	N	%	n	%
20 a 26 anos	0	0	3	37,5
27 a 31 anos	1	7	1	12,5
32 a 39 anos	7	47	4	50
40 a 45 anos	2	13	0	0
>45 anos	5	33	0	0
Total	15	100	8	100

Tabela 3: Dados estatísticos referentes à idade dos enfermeiros

	N	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio Padrão
Cuidados de Saúde Primários	15	28	39	56	41,6	7,24
Cuidados de Saúde Secundários	8	25	30	36	30,1	3,8

Através da análise das tabelas 4 e 5, é de notar que os profissionais dos CSP possuem maior experiência profissional, que os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários. A maioria dos profissionais dos CSP, distribuem-se pelas classes entre 9 a 17 anos de profissão (47%) e entre os 18 e mais de 26 anos (40%), sendo a média de tempo na profissão de 18 anos. Os profissionais dos cuidados de saúde secundários têm menor tempo na profissão, localizando-se a sua experiência profissional nas classes até 4 anos (50%) e entre 9 a 17 anos (50%), variando a sua experiência na profissão de 1 a 15 anos, sendo a média de 7,7 anos (tabela 5).

Tabela4: Experiência profissional dos enfermeiros

Tempo de profissão	Enfermeiros dos C. S. Primários		Enfermeiros dos C. S. Secundários	
	N	%	n	%
Até 4 anos	2	13	4	50
5 a 8 anos	0	0	0	0
9 a 17 anos	7	47	4	50
18 a 26 anos	3	20	0	0
> 26 anos	3	20	0	0
Total	15	100	8	100

Tabela 5: Dados estatísticos referentes à experiência profissional

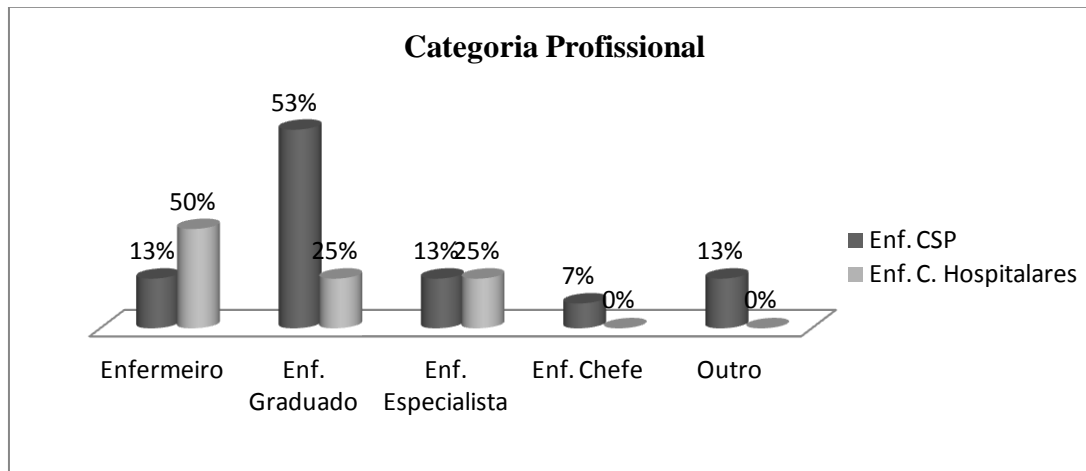
	N	Mínimo	Mediana	Máximo	Média	Desvio Padrão
Cuidados de Saúde Primários	15	4	16	37	18	7,2
Cuidados de Saúde Secundários	8	1	7,5	15	7,7	4,5

Relativamente à categoria profissional dos inquiridos e da interpretação da Tabela 5 é fácil inferir que a categoria de enfermeiro graduado predomina nos enfermeiros dos CSP, com uma frequência relativa de 53%, seguida da categoria de enfermeiro e enfermeiro especialista e com outra categoria (mestrado), com frequência relativa de 13% cada nível. Quanto aos profissionais dos cuidados diferenciados, predomina a categoria de enfermeiro, com frequência relativa de 50%, existindo apenas mais dois níveis, o de enfermeiro graduado com frequência relativa de 25% e enfermeiro especialista também com valor 25 %, como se pode verificar pela imagem do Gráfico1.

Dos 23 enfermeiros inquiridos, apenas um enfermeiro possui categoria profissional equivalente a chefe, e encontra-se no grupo profissional dos enfermeiros dos CSP. É também de salientar que este grupo profissional tem maior grau académico que o grupo de enfermeiros dos cuidados de saúde secundários.

Tabela 6: Categoria profissional dos enfermeiros

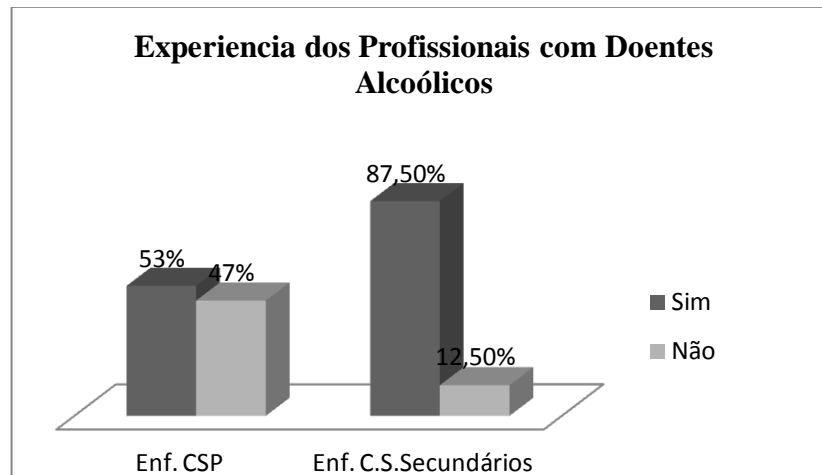
Categoria profissional	Enfermeiros dos C. S. Primários		Enfermeiros dos C. S. Secundários	
	N	%	N	%
Enfermeiro	2	13	4	50
Enfermeiro Graduado	8	53	2	25
Enfermeiro Especialista	2	13	2	25
Enfermeiro Chefe	1	7	0	0
Outra (Mestrado)	2	13	0	0
Total	15	100	8	100

Gráfico 1: Categoria profissional dos enfermeiros

De acordo com a experiência profissional com doentes alcoólicos e pela análise da tabela 6 e do gráfico 2, os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários revelam ter mais experiência com estes doentes que os enfermeiros dos CSP. 87,5% dos enfermeiros dos cuidados de saúde secundários responderam que possuem experiência profissional com alcoólicos e apenas 12,5% responderam não ter experiência. Quanto aos enfermeiros dos CSP, aproximadamente metade destes profissionais (53%) responderam ter experiência profissional com doentes alcoólicos e outra metade respondeu não ter experiência.

Tabela 7: Experiência profissional com alcoólicos

	Enfermeiros dos C. S. Primários		Enfermeiros dos C. S. Secundários	
	n	%	n	%
Sim	8	53	7	87,5
Não	7	47	1	12,5
Total	15	100	8	100

Gráfico 2: Experiencia dos profissionais com doentes alcoólicos

Quanto a terem recebido formação específica em alcoologia, os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários, responderam terem recebido mais formação em alcoologia que os enfermeiros dos CSP como se pode aferir pela análise da tabela 7. Dos enfermeiros dos CSP apenas 33% responderam terem tido formação específica em alcoologia e 67%, enquanto mais do dobro responde não ter tido formação. O inverso se verifica nos enfermeiros dos cuidados de saúde secundários em que 87,5 responderam ter tido formação e apenas 25% respondeu não ter tido formação específica em alcoologia.

Tabela 8: Ter formação específica em alcoologia

	Enfermeiros dos C. S. Primários		Enfermeiros dos C. S. Secundários	
	n	%	n	%
Sim	5	33	6	75
Não	10	67	2	25
Total	15	100	8	100

Relativamente à prestação de melhores cuidados se tivessem recebido mais formação em alcoologia (tabela 9), os grupos estão bastante próximos na percentagem de respostas dadas, pois 93% dos profissionais dos CSP e 87,5% dos cuidados hospitalares, responderam que se tivessem mais formação em alcoologia prestariam melhores cuidados a estes doentes. Nos dois grupos de enfermeiros, apenas um em cada grupo respondeu que não prestaria melhores cuidados se tivesse recebido mais formação em alcoologia.

Tabela 9: Se tivesse mais formação prestaria melhores cuidados

	Enfermeiros dos C. S. Primários		Enfermeiros dos C. S. Secundários	
	n	%	n	%
Sim	14	93	7	87,5
Não	1	7	1	12,5
Total	15	100	8	100

4.2 ATITUDES PERANTE O DOENTE ALCOÓLICO

No sentido de compreender as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico, conceberam-se 42 indicadores de atitudes, adaptados do Fator 1 da “Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoólico” (EAFAAA) construída e validada para a população Brasileira, por VARGAS, e LUIS (2008), que abordam alguns aspetos relativos à perceção e opiniões dos enfermeiros perante o doente alcoólico, bem como o trabalhar e o relacionar-se com estes pacientes.

Como critério de classificação considerou-se a escala de LIKERT, pois segundo FORMARIE (citada por Queirós *et al*, 2000), é a mais utilizada, pois ela é fiável e adequada a mensuração de atitudes.

A cada indicador é atribuído um grau de concordância, na escala de 1 a 5 por ordem crescente, ou seja:

- Discordo totalmente (1)
- Discordo (2)
- Indiferente (3)
- Concordo (4)
- Concordo Totalmente (5)

Para facilitar a apresentação de resultados em forma de quadros, os indicadores foram numerados, seguindo a mesma ordem como estão referidos no questionário, como se regista no quadro 1 e 2, e cuja descrição se apresenta seguidamente.

Quadro 1: Frequências de opções de resposta aos Indicadores de Atitudes dadas pelos Enfermeiros dos CSP

Item de Atitude	Concordo Totalmente (5)		Concordo (4)		Indiferente (3)		Discordo (2)		Discordo Totalmente (1)		Valor Ponderado
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1	1	6,7	7	46,6	1	6,7	5	33,3	1	6,7	47
2			4	26,7			9	60	2	13,3	36
3	1	6,7	1	6,7			12	80	1	16,3	34
4			4	26,7	1	6,7	9	60	1	6,7	38
5	1	6,7	3	20			11	73,3			39
6	1	6,7	7	46,6	1	6,7	5	33,3	1	6,7	47
7			4	26,7			9	60	2	13,3	36
8			3	20	2	13,3	6	40	4	26,7	34
9			1	6,7	3	20	10	66,6	1	6,7	34
10			2	13,3	1	6,7	8	53,3	4	26,7	31
11			1	6,7	1	6,7	9	60	4	26,7	29
12			4	26,7			8	53,3	3	20	35
13			7	46,6			7	46,6	1	6,7	43
14			2	13,3			11	73,3	2	13,3	32
15			5	33,3	3	20	6	40	1	6,7	42
16	1	6,7	3	20			11	73,3			39
17			1	6,7	3	20	9	60	2	13,3	33
18			4	26,7	2	13,3	8	53,3	1	6,7	39
19			2	13,3	4	26,7	6	40	3	20	35
20			6	40	2	13,3	5	33,3	2	13,3	42
21					3	20	9	60	3	20	30
22			3	20			9	60	3	20	33
23			4	26,7	5	33,3	6	40			43
24			6	40	4	26,7	5	33,3			46
25	1	6,7	4	26,7	3	20	6	40	1	6,7	43
26	2	13,3	4	26,7	1	6,7	8	53,3			45
27			2	13,3	3	20	6	40	4	26,7	33
28	1	6,7	6	40	1	6,7	5	33,3	2	13,3	44
29			2	13,3	4	26,7	5	33,3	4	26,7	34
30	1	6,7			2	13,3	10	66,6	2	13,3	33
31					1	6,7	10	66,6	4	26,7	27
32					4	26,7	11	73,3			34
33	3	20	6	40	3	20	3	20			54
34			1	6,7	3	20	8	53,3	3	20	32
35			2	13,3	2	13,3	10	66,6	1	6,7	35
36					7	46,6	8	53,3			37
37			2	13,3	2	13,3	9	60	2	13,3	34
38			1	6,7			12	80	2	13,3	30
39	1	6,7	4	26,7	2	13,3	6	40	2	13,3	41
40	1	6,7	5	33,3	3	20	6	40			46
41			4	26,7	1	6,7	8	53,3	2	13,3	37
42					2	13,3	7	46,6	6	40	26
Total	15		129		83		331		77		

Quadro 2: Frequências de opções de resposta aos Indicadores de Atitudes dadas pelos Enfermeiros dos Cuidados Secundários

Item de Atitude	Concordo Totalmente (5)		Concordo (4)		Indiferente (3)		Discordo (2)		Discordo Totalmente (1)		Valor Ponderado
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
1			1	12,5	1	12,5	4	50	2	25	17
2							2	25	6	75	10
3							1	12,5	7	87,5	9
4							4	50	4	50	12
5							7	87,5	1	12,5	15
6			2	25	1	12,5	5	62,5			21
7			1	12,5			5	62,5	2	25	16
8					1	12,5			7	87,5	10
9							5	62,5	2	25	12
10							2	25	6	75	10
11							2	25	6	75	10
12					1	12,5	1	12,5	6	75	11
13					1	12,5	5	62,5	2	25	15
14							7	87,5	1	12,5	15
15			1	12,5	1	12,5	6	75			19
16							1	12,5	7	87,5	9
17					1	12,5	5	62,5	2	25	15
18							4	50	4	50	12
19							3	37,5	5	62,5	11
20							1	12,5	7	87,5	9
21							4	50	4	50	12
22							2	25	6	75	10
23					1	12,5	2	25	5	62,5	12
24							3	37,5	5	62,5	11
25							3	37,5	5	62,5	11
26	1	12,5	4	50	1	12,5	1	12,5	1	12,5	27
27					1	12,5	5	62,5	2	25	15
28	1	12,5					4	50	3	37,5	16
29							1	12,5	7	87,5	9
30							6	75	2	25	14
31							1	12,5	7	87,5	9
32					1	12,5	5	62,5	2	25	15
33			1	12,5			5	62,5	2	25	16
34							1	12,5	7	87,5	9
35					1	12,5	6	75	1	12,5	16
36					4	50	1	12,5	3	37,5	17
37							4	50	4	50	12
38							5	62,5	3	37,5	13
39							5	62,5	3	37,5	13
40					2	25	2	25	4	50	14
41			1	12,5					7	87,5	11
42					4	50	1	12,5	3	37,5	17
Total	2		11		22		137		164		

Indicadores de Atitude:

- 1-O alcoólico é uma pessoa que não tem limite
- 2-Os alcoólicos não têm bom senso
- 3-O alcoólico é grosso, agressivo e mal-educado
- 4-O alcoólico é um irresponsável
- 5-Os alcoólicos são indivíduos violentos
- 6-O alcoólico bebe sem se preocupar com o que vai acontecer depois
- 7-O alcoólico não quer ser tratado
- 8-As pessoas com problemas relacionados com o álcool são fracas
- 9-Não se deve confiar em pessoas alcoólicas
- 10-O alcoólico é um imoral
- 11-Os alcoólicos nunca aprenderam as responsabilidades da vida
- 12-O alcoólico é o culpado pelos seus problemas de saúde
- 13-O alcoólico é aquele indivíduo que depende da bebida para tudo
- 14-O alcoolismo é um vício irreparável
- 15-O doente alcoólico acaba sempre por voltar ao serviço com o mesmo problema
- 16- Considero o doente alcoólico o mais difícil de lidar
- 17- O alcoólico é um doente que nunca dá retorno do cuidado
- 18- O alcoólico é uma pessoa de difícil contacto
- 19- Sinto receio em abordar o problema do alcoolismo com o doente
- 20- Tenho receio da agressividade do doente alcoólico
- 21- Sinto-me frustrado quando trabalho com doentes alcoólicos
- 22- Quando o doente não quer colaborar, o melhor é desistir de ajudar
- 23- Quando trabalho com o doente alcoólico, sinto dificuldade em conduzir a situação
- 24- Para tratar o doente alcoólico, é preciso contê-lo
- 25- Os doentes alcoólicos dão mais trabalho à enfermagem, que os outros doentes
- 26- Devo cuidar do alcoólico, mesmo que ele não queira
- 27- Quando o alcoólico está consciente, é uma pessoa hostil
- 28- Quando o alcoólico chega ao hospital, já se encontra numa situação degradante
- 29- Sinto-me desmotivado ao trabalhar com doentes alcoólicos
- 30- O doente alcoólico não aceita a intervenção de enfermagem
- 31- Percebo o alcoólico como um caso perdido
- 32- Os alcoólicos são doentes que não colaboram com o tratamento
- 33-Os alcoólicos são pessoas difíceis de tratar
- 34- Os doentes alcoólicos só são encontrados para tratamento nos cuidados de saúde primários
- 35- O alcoólico não leva o tratamento a sério
- 36- Prefiro trabalhar com doentes alcoólicos que trabalhar com outros doentes
- 37- O alcoólico não tem bom desempenho em nenhum sector da vida
- 38- Os doentes alcoólicos não têm trabalho
- 39- O alcoolismo é a perda da identidade e da moral
- 40- O alcoólico tem uma situação de vida precária
- 41- Muitos alcoólicos querem somente curtir a vida e são irresponsáveis
- 42- O enfermeiro dos cuidados de saúde primários não deve efetuar intervenções breves em alcoologia

Para se efetuar uma análise que permita algumas interpretações, torna-se necessário proceder a alguns cálculos, no sentido de concluir acerca da concordância ou discordância dos indicadores selecionados, tendo em conta a opinião dos enfermeiros.

Assim, a cada grau de concordância ou discordância foi atribuído o valor respetivo, ou seja, um número pelo qual deverá ser multiplicado o número de respostas obtidas para esse indicador e para esse grau de concordância ou discordância.

Nos quadros 1 e 2 apresenta-se também o valor ponderado para cada indicador de atitude, em função dos cálculos efetuados

Pela análise dos quadros anteriores, pode-se inferir que os enfermeiros dos cuidados hospitalares tendem a ter atitudes mais positivas, em relação ao doente alcoólico, do que os enfermeiros dos CSP. Nas respostas dadas pelos enfermeiros dos CSP, todos eles deram pelo menos uma resposta de atitude negativa, verificando-se que 81% (34) das respostas aos itens da grelha de avaliação apresentam valor ponderal superior 30, e que são indicativas de atitudes negativas destes enfermeiros em relação ao doente alcoólico. Em relação aos profissionais dos cuidados secundários, verificou-se que mais de 85,7% (36) dos itens da grelha tiveram resposta de valor ponderal igual ou inferior a 16, o que nos indica que estes enfermeiros tendem a ter atitudes mais positivas em relação ao doente alcoólico, que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários.

Seguidamente será efetuada uma análise interpretativa dos dados obtidos através do questionário e principalmente da parte II do mesmo, que ilustra algumas das atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico. Esta interpretação não será muito aprofundada, devido á escassez de bibliografia encontrada sobre o assunto, que permitisse uma interpretação mais alargada sobre a temática em estudo.

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao considerarmos que a formação e a prática influenciam nas atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico, realizou-se uma pesquisa com o objectivo de compreender as atitudes de dois grupos de profissionais enfermeiros frente à questão. A primeira etapa da pesquisa, consistiu na avaliação da semelhança entre os grupos de enfermeiros e as informações sócio demográficas.

No que se refere à variável **sexo**, tem razão de ser no presente estudo, se atendermos às nossas raízes, como nos diz COLLIÈRE, citada por QUEIRÓS *et al* (2000), “*ao nosso passado ancestral, verificamos que a arte de cuidar é característica da mulher*”. Predominando no presente estudo o género feminino nos dois grupos de enfermeiros: 100% para o grupo de enfermeiros dos CSP e 75% para o grupo dos cuidados de saúde secundários.

Quanto à **idade**, verificou-se que os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários são mais jovens que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários, sendo a média de idades de 42 anos para estes enfermeiros e 30 anos para os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários.

O **tempo de experiência profissional** é também considerado no presente estudo, na medida em que os enfermeiros ao serem confrontados com questões face às quais terão uma atitude de atribuir maior ou menor grau de concordância (concordo ou discordo), essa atitude poderão ser o reflexo da sua experiência, conhecimentos, crenças e valores (Paquete, citado por Queirós *et al*, 2000). Nesta perspectiva, esta variável pode, de algum modo, ter influenciado as respostas dadas pelos enfermeiros do estudo. Verificou-se ainda no presente estudo, que os enfermeiros dos CSP possui maior tempo de exercício profissional, que os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários.

Quanto à **categoria profissional**, pode verificar-se que os enfermeiros dos CSP possuem categoria profissional superior, quando comparado com os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários. Nos CSP 33% dos enfermeiros possuem pós graduação de especialização ou outro grau académico, nos cuidados de saúde secundários apenas 25% dos

enfermeiros possuem pós graduação de especialização, os restantes 75 % são enfermeiro ou enfermeiro graduado. Estes dados vêm contrariar alguns estudos que concluem que profissionais com categoria profissional superior tendem a ter atitudes mais positivas em relação aos doentes alcoólicos. Estudos realizados por PILLON, evidenciam que os enfermeiros com maior nível de formação independente da área de actuação, tendem a ter atitudes mais positivas em relação ao doente alcoólico, sugerindo que, quanto maior o conhecimento do enfermeiro melhores serão as suas atitudes em relação ao doente alcoólico, ou ainda, os enfermeiros que trabalham directamente com essa população ou que trabalham em locais de tratamento específicos têm um cuidado mais humanista com estes utentes (Pillon, 2005).

Relativamente à **experiencia com doentes alcoólicos**, verificou-se que os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários têm maior experiencia com estes doentes que os enfermeiros dos CSP. 53% dos enfermeiros dos CSP e 87,5 % dos profissionais dos cuidados de saúde secundários, já tiveram experiência profissional com alcoólicos. Este facto pode estar relacionado, com a maior facilidade dos enfermeiros dos cuidados de saúde secundários para identificar estes doentes, pelo estado debilitado com que geralmente chegam ao hospital. Mas, apesar do aumento do número de casos de doentes com problemas relacionados com o uso de álcool que chegam aos nossos serviços, estes utentes na maioria das vezes passam despercebidos pelos enfermeiros quando não chegam a esses serviços num estado de intoxicação etílica ou embriagado, sobretudo, quando o mesmo doente alcoólico chega num estado “normal”, ou seja, nem sempre os enfermeiros identificam no indivíduo problemas relacionados ao uso de álcool ou quando os identificam não se sentem preparados para tratá-los. Por outro lado, as atitudes negativas dos enfermeiros em relação ao alcoolismo interferem não apenas na detecção de sintomas do alcoolismo, como também no encaminhamento dos doentes identificados para o tratamento (ROSENBAUM cit. in PILLON, 2005). Embora os enfermeiros tenham contacto directo com estes doentes, sentem dificuldade para identificar e orientar estes indivíduos para o tratamento.

No que se refere a **ter formação específica em alcoologia**, mais de metade dos profissionais dos CSP (77%) referiu não ter recebido formação e, 25% dos enfermeiros dos cuidados hospitalares, apesar de terem mais experiencia profissional com doentes alcoólicos, também não receberam formação específica em alcoologia. Diante destes dados, é imprescindível que sejam operadas mudanças, com a inclusão de disciplinas específicas na área do álcool e outras drogas para garantir formação teórico-prática aos enfermeiros como é

recomendado pelo Ministério da Saúde (PNRPLA, 2009) para melhorar as estratégias de formação e desempenho dos profissionais de saúde para o atendimento de pacientes com problemas relacionados ao uso de álcool.

Actualmente a formação dos enfermeiros sobre o uso de álcool e outras drogas parece não corresponder às reais necessidades que a temática vem impondo à sociedade nos últimos anos. Como nos revelam a maioria dos enfermeiros inquiridos no presente estudo, 93% dos enfermeiros dos CSP e 87,5% dos enfermeiros dos cuidados de saúde secundários, **se recebesse mais formação na área de alcoologia, prestariam melhores cuidados a estes doentes.** Alguns estudos evidenciam que o nível de formação do indivíduo influencia nas atitudes perante a problemática relacionada ao álcool, conforme mencionado no estudo de LOPES e LUIS (2005), a formação académica não tem oferecido conhecimentos nem habilidades suficientes para enfrentar as situações, como o uso de álcool e outras drogas, cuja abrangência ultrapassa fronteiras, abarca dimensões internacionais e nacionais, políticas, económicas, sociais, éticas, culturais e outras. Não respeita crenças, famílias e sociedades, sendo compreensível de maneira geral, que os professores apresentem dificuldades para abordar o assunto.

Para LOPES e LUIS, (2005), a formação constitui um momento fundamental para desfazer a visão do senso comum e construir ou ampliar a visão do profissional sobre a realidade dessa problemática. Ainda para os autores citados, o enfermeiro que nunca teve experiência com utentes dependentes de álcool e outras drogas, nem teve qualquer formação na área, provavelmente terá atitudes moralistas ou de senso comum perante estes doentes.

Ainda sobre a temática, LUCCA e VARGAS (2006), demonstram que uma baixa percentagem de enfermeiros revelam terem contacto frequente com doentes alcoólicos. Para esses autores, o facto pode estar relacionado à falta de formação do enfermeiro para reconhecer o alcoolismo e a sua relação com outras patologias clínicas, uma vez que se não reconhecem o alcoolismo como associado a outras patologias, é compreensível que revelem pouco contacto com o doente alcoólico nos seus locais de trabalho.

Em relação às **atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico**, e pela análise dos quadros 1 e 2, observou-se que o grupo de enfermeiros dos cuidados de saúde secundários, demonstraram ter atitudes mais positivas do que os enfermeiros dos CSP perante estes doentes no entanto, os dois grupos manifestam algumas atitudes negativas perante o doente alcoólico. A este respeito, VARGAS (2005), tem evidenciado que há um consenso entre os profissionais a respeito do alcoolismo caracterizar-se como doença, porém, quando se

trata de prestar cuidados a esses doentes, aparecem sentimentos de desconforto e embaraços, sendo o consumo de álcool visto como “moralmente” errado.

Iniciando pelo quadro 2 que diz respeito às opções de resposta aos Indicadores de Atitudes dadas pelos enfermeiros dos CSP; no que diz respeito aos indicadores com maior valor ponderal e que revelaram atitude negativa em relação ao doente alcoólico, destacam-se os indicadores com o número 1; 6; 13; 15; 20; 23; 25; 26; 28; 33; 39 e 40 para os profissionais dos CSP.

Relativamente aos indicadores com o número 1 (**O alcoólico é uma pessoa que não tem limite**); com o número 6 (**O alcoólico bebe sem se preocupar com o que vai acontecer depois**) e com o número 13 (**O alcoólico é aquele indivíduo que depende da bebida para tudo**) e que tiveram valor ponderal de atitude negativa de 47, 50 e 43, o doente alcoólico é concebido como uma pessoa que necessita de beber e que depende da bebida para tudo. Para além disso, para estes enfermeiros o alcoólico é uma pessoa que não tem limites e que bebe sem se preocupar com o que vai acontecer depois.

O indicador com o número 15, (**O doente alcoólico acaba sempre por voltar ao serviço com o mesmo problema**) e que também teve valor ponderal indicativo de atitude negativa (42), remete-nos para a conceção de que estes profissionais têm pouca esperança na recuperação destes indivíduos, pois acreditam que mesmo após o tratamento numa unidade de saúde, ele volta sempre ao serviço com o mesmo problema.

No que se refere ao trabalhar com estes doentes e pela análise dos indicadores com o número 20” **Tenho receio da agressividade do doente alcoólico**”; com o número 23 ” **Quando trabalho com o doente alcoólico, sinto dificuldade em conduzir a situação**” e com o número 25 (**Os doentes alcoólicos dão mais trabalho à enfermagem, que os outros doentes**), pode-se concluir que estes enfermeiros não se sentem confortáveis para cuidar destes doentes, que têm receio e dificuldade em lidar com a situação. Este facto pode estar relacionado com a falta de formação e de experiência destes profissionais com doentes alcoólicos, como já referido anteriormente a quando da análise da tabela 7 e 8.

Relativamente aos indicadores com o número 26 (**Devo cuidar do alcoólico, mesmo que ele não queira**), com o número 28 (**Quando o alcoólico chega ao hospital, já se encontra numa situação degradante**), com o número 33 (**Os alcoólicos são pessoas difíceis de tratar**), podemos concluir que estes enfermeiros têm uma conceção de que o alcoolismo é uma doença e que apesar de o doente alcoólico ser uma pessoa difícil de tratar, deve ser cuidada pelo enfermeiro.

Apesar de os enfermeiros dos CSP verem o alcoólico como doente, também o veem como a perda da identidade e da moral e atribuem-lhe uma situação de vida precária como se pode concluir pela análise dos indicadores com o número 39 (**O alcoolismo é a perda da identidade e da moral**) e número 40 (**O alcoólico tem uma situação de vida precária**).

Em relação aos restantes indicadores, todos eles tiveram pelo menos uma resposta indicativa de atitude negativa, ou seja, houve pelo menos um enfermeiro dos CSP que deu uma resposta indicativa de atitude negativa, às questões apresentadas.

Quanto à análise do quadro 3, que diz respeito às respostas dadas pelos enfermeiros dos cuidados de saúde secundários aos indicadores de atitude, pode-se observar que estes profissionais tendem a ter atitudes mais positivas em relação ao doente alcoólico pois, apenas 6 indicadores (14,3%) tiveram valor ponderal superior a 16 (indicadores número 1, 6, 15, 26,36 e 42),e que são indicativos de atitude negativa, tendo os restantes 36 indicadores (85,7%) recebido resposta indicativa de atitudes positivas em relação ao doente alcoólico, por parte destes enfermeiros.

O que se pode concluir que os resultados obtidos no presente estudo vão de encontro as conclusões encontradas por Vargas & Soares (2010), num trabalho publicado sobre “**atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo: revisão da literatura**”, em que apesar do reduzido número de estudos que encontraram e que se debruçaram na comparação de atitudes de enfermeiros em relação ao doente alcoólico, o resultado de sua análise sugere que os enfermeiros que trabalham em instituições especializadas e que mantêm maior contato com doentes alcoólicos tendem a ter atitudes mais positivas perante estes doentes. Este facto, pode estar relacionado com a maior facilidade que estes enfermeiros têm em identificar os doentes alcoólicos, devido aos sintomas que estes apresentam quando são admitidos no serviço para tratamento do alcoolismo ou de outra doença resultante deste.

Ainda no mesmo estudo, as autoras também concluíram que a revisão da literatura publicada nas últimas cinco décadas permitiu evidenciar que existe maior aceitação pelos enfermeiros do uso do álcool e dos seus dependentes nos últimos anos. No entanto, uma parcela significativa desses profissionais continua a considerar como imorais, os indivíduos dependentes dessas substâncias, com baixo caráter e com pequena probabilidade de recuperação, preferindo não trabalhar com eles (Vargas & Soares, 2010).

Para o grupo dos CSP, o alcoólico é uma pessoa sem limites, que bebe sem se preocupar com o que vai acontecer depois e são pessoas difíceis de tratar. Para esses

enfermeiros e como verificado no estudo de VARGAS e LUIS (2008), o alcoólico tem poucas hipóteses de recuperar, podendo esta disposição levar o profissional a valorizar pouco o atendimento a esses doentes, pois ao contrário de outros doentes, o seu problema não se resolverá de imediato e voltará ao serviço sempre com o mesmo problema.

Os autores, no mesmo estudo, evidenciam que há uma insatisfação do enfermeiro que trabalha com estes doentes, mostrando ainda que os profissionais preferem trabalhar com outros doentes do que com alcoólicos, gerando sentimentos negativos na relação de ajuda e no tratamento ou encaminhamento desses doentes. A esse respeito, outros estudos demonstraram que os enfermeiros são favoráveis ao tratamento do alcoolismo (Pillon, 2003; Vargas et al., 2003), e o alcoólico é considerado como doente, mas apresentam atitudes negativas em trabalhar com eles.

Além disso, o fenómeno do uso de substâncias psicoativas ainda é visto por alguns profissionais como um problema mora, podendo esta atitude, estar relacionado pelo facto de esses profissionais considerarem que não têm função no tratamento desses indivíduos, levando ao número elevado de encaminhamentos a outros serviços, como os serviços de tratamento especializado (Vargas e Luis, 2008). Como qualquer outro problema de saúde, o alcoolismo também deve ser tratado pelos profissionais dos cuidados de saúde primários e nos hospitais gerais e não apenas pelos profissionais de cuidados especializados na área de alcoologia e outras drogas, pois é um problema de saúde que deve ser avaliado individualmente. Na maioria das vezes, o tratamento não precisa de ser em serviços especializados a não ser nos quadros em que se detecte dependência com impossibilidade de tratamento nas outras unidades.

6 CONCLUSÃO

Os doentes alcoólicos fazem parte cada vez mais, do quotidiano do enfermeiro no interior de instituições de saúde, sejam elas de cuidados de saúde diferenciados ou de cuidados de saúde primários. A percepção dessa situação levou-me a questionar quais as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico?

Pela análise dos dados, obtidos através do instrumento de colheita de dados, foi possível chegar-se às seguintes conclusões:

Relativamente à caracterização da amostra, a maioria dos enfermeiros que trabalham nos CSP têm uma média de idades de aproximadamente 42 anos, sendo constituída por 100% de mulheres. Os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários encontram-se numa faixa etária mais nova encontrando-se na média de idades dos 30 anos, sendo constituída por 75% de mulheres e 25% de homens predominando também o sexo feminino.

No que diz respeito à experiência profissional, é de salientar que os enfermeiros dos CSP apresentam maior tempo de serviço, com média de 18 anos, em comparação com os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários com média de aproximadamente 8 anos.

Quanto à categoria profissional, os enfermeiros dos CSP apresentam maior grau académico que os enfermeiros dos cuidados de saúde secundário, existindo 33% dos enfermeiros nos CSP com pós licenciatura de especialização em enfermagem, 53% são enfermeiros graduados e 13% enfermeiros. Nos Cuidados de saúde secundários existem 25% de enfermeiros com especialização, 25% enfermeiros graduados e 50% enfermeiros. Apesar dos enfermeiros dos CSP apresentarem maior grau académico, 67% destes responderam não ter formação específica em alcoologia e 47% respondeu não ter experiência com doentes alcoólicos, enquanto que 87,5% dos enfermeiros dos cuidados de saúde secundários responderam ter formação específica em alcoologia e 87,5% respondeu ter experiência com doentes alcoólicos.

Este dado revela que o tema alcoolismo necessita de ser trabalhado com mais ênfase no ensino de enfermagem e nos próprios serviços de prestação de cuidados, com o intuito de melhor capacitar os enfermeiros para trabalharem com os doentes alcoólicos. O facto dos enfermeiros não receberem formação sobre alcoolismo, podendo influenciar as suas atitudes

perante o doente alcoólico e dificultar a sua identificação e consequentemente conduzi-los ao tratamento adequado. Assim, seria oportuno que os enfermeiros, tanto a nível dos cuidados de saúde primários como ao nível dos cuidados diferenciados, fossem capazes de identificar e aconselhar eficientemente esse tipo de doentes, pois, uma vez sensibilizados para a questão e capacitados para identificar o consumo abusivo, eles estariam a proporcionar não só uma assistência de qualidade, mas também a ajudar, de forma efectiva no tratamento desses indivíduos, incentivando-os a procurar o apoio necessário à sua recuperação e reintegração social.

Nesta perspetiva, os resultados obtidos neste trabalho apontam para a necessidade de se repensar a formação na área das dependências químicas, até porque, e segundo as respostas dos inquiridos 93% dos enfermeiros dos CSP e 87,5% dos enfermeiros dos cuidados de saúde secundários, se tivessem recebido mais formação em alcoologia prestariam melhores cuidado a estes doentes.

Quanto às questões do instrumento de colheita e que avaliam as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico, no presente estudo, concluiu-se que os enfermeiros dos cuidados de saúde diferenciados (85,7%) deram respostas indicativas de atitudes mais positivas perante o doente alcoólico, que os enfermeiros dos cuidados de saúde primários pois, 81% destes deram respostas indicativas de atitudes negativas em relação ao doente alcoólico.

Na opinião da maioria dos enfermeiros CSP, o alcoólico é uma pessoa que não tem limites e que bebe sem se preocupar com o que vai acontecer depois. Estes profissionais têm pouca esperança na recuperação destes indivíduos, pois acreditam que mesmo após o tratamento numa unidade de saúde, ele volta sempre ao serviço com o mesmo problema. No que se refere ao trabalhar com estes doentes, concluiu-se que estes profissionais não se sentem confortáveis para cuidar do doente alcoólico, que têm receio e dificuldade em lidar com a situação e apesar de verem o alcoólico como doente, também o veem como a perda da identidade e da moral e atribuem-lhe uma situação de vida precária.

Este facto pode estar relacionado com a falta de formação e de experiência destes profissionais com doentes alcoólicos e pode também estar relacionado com a maior facilidade que os enfermeiros dos cuidados de saúde secundários têm em contactar com estes doentes, ao estarem constantemente a prestar-lhe cuidados, seja pelo alcoolismo em si ou pelas complicações causadas por ele.

No entanto, os dois grupos de enfermeiros, consideram o alcoolismo como uma doença e o alcoólico como doente e que necessita de tratamento. Este facto é muito importante pois representa um ponto bastante positivo na assistência a estes doentes, isto porque, ao reconhecer o alcoolismo como uma doença, o enfermeiro ameniza os motivos para reprovações e julgamentos, possibilitando ao individuo reconhecer-se como doente e aceitar e/ou procurar ajuda para o tratamento.

Considerando que estes profissionais tenham mais formação para identificar os doentes alcoólicos, também terão mais segurança e tranquilidade para trata-los, assim como reconhecer o seu papel e função, proporcionando uma mudança de atitudes e redução das taxas de desistência para a continuidade e oportunidade de tratamento dos doentes alcoólicos e evitar que estes necessitem de tratamento especializado, ou seja, com maiores custos e mais constrangedor para o doente.

Limitações do estudo

Ao longo do trabalho, surgiram algumas dificuldades, principalmente pela reduzida experiência na elaboração de trabalho desta natureza. Surgiram alguns sentimentos de insegurança e incerteza nas decisões tomadas que foram sendo ultrapassados, muitas vezes, com o auxílio do coorientador. Também, devido á escassez de bibliografia que fundamentasse o problema, e a limitações em termos de tempo, foram, alguns dos obstáculos sentidos na realização do presente estudo.

Como em todos os trabalhos de investigação, considero que este estudo tem algumas limitações, que deverão ser tidas em consideração na realização de futuros trabalhos, para assim dar continuidade ao caminho aqui iniciado.

A primeira limitação aqui salientada é o facto da amostra ser muito reduzida (23 enfermeiros) pois, segundo bibliografia consultada, um estudo quantitativo deve abranger mais sujeitos. O facto de não existir em Portugal um instrumento para colheita de dados, que avalie as atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico, tornou-se outra limitação.

O fator tempo, que penso ter sido mal delimitado, foi outra das limitações pois não permitiu inquirir um maior número de sujeitos, o que teria permitido aprofundar mais o estudo e possibilitar a generalização dos resultados obtidos.

Com a realização deste estudo, considero que os objetivos inicialmente delineados foram atingidos e que estão em conformidade com a da unidade curricular “Dissertação/Relatório Final. Este estudo foi bastante proveitoso a nível pessoal, pois como futura profissional de saúde mental, é importante que possua alguns conhecimentos sobre este tema, que considero bastante importante para todos os profissionais de saúde e em particular para os enfermeiros. Espero que no meu futuro profissional, os conhecimentos aqui adquiridos possam contribuir para o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Sugestões

Tendo em conta os resultados obtidos com o estudo realizado e após as conclusões obtidas, considero importante fazer algumas sugestões no sentido de o desenvolver e aprofundar.

Deste modo, julgo que este estudo devia ser aplicado a uma amostra de enfermeiros de maior representatividade, abrangendo um maior número de serviços a fim de se poder generalizar e fazer inferências sobre os resultados obtidos.

De maneira a aprofundar-se os conhecimentos nesta área considera-se essencial, na realização de futuras investigações, o levantamento de hipóteses que testem a relação entre os vários indicadores de atitudes e o grau de satisfação manifestado pelos sujeitos tratados nos diferentes serviços de prestação de cuidados de saúde.

Para dar a conhecer o estudo, e de forma a dar-lhe a utilidade prática que permita a evolução e melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem, ambiciono no futuro poder divulgar as conclusões, pelo menos, no meu local de trabalho onde apliquei parte dos questionários e pô-lo aí à disposição de todos os profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association - **Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais** - DSM IV. In Psicotecnologia, Salvador, BA, 2001. [consultado em Jan. 20012] disponível em <http://www.psicotec.hpg.com.br> .

American Psychiatric Association (APA). DSM IV - **Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais**.4ª ed, Lisboa: Climepsi Editores, 1996.

BABOR, Thomas F.; HIGGINS-BIDDLE, John C. – **Intervenções breves para o consume de risco e nocivo de bebidas alcoólicas**. Manual para utilização em cuidados de saúde primários. Organização Mundial de Saúde. Genebra, 2001.

CNRSSM (2007) – **Relatório de Plano de Ação para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal –2007-2016**. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental.

Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental – **Plano de Ação, 2007-2016**. ABRIL 2007.

FORTIN, Marie - Fabienne – **O processo de Investigação: da concepção à realidade**. Loures: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X

GOFFMAN, E. – **Estigma: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada**. 4ª edição. Erca Editora e Gráfica. Rio de Janeiro: Guanabara , 1988.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA - **European School Surverey Project on Alcohol and Drugs (ESPAD)**. Lisboa: Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, 2001.

INSTITUTO PORTUGUÊS DA DROGA E DA TOXICODPENDÊNCIA - **A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependência**. Lisboa: Instituto Português da Droga e da Toxicodependência, 2006.

JORGE-MONTEIRO, Fátima; MADEIRA, Tânia. **Considerações sobre doença mental e comunicação social**. *Aná. Psicológica*, jan. 2007, vol.25, no.1, p.97-109. ISSN 0870-8231

LINO, Tiago Alexandre Lopes – **Alcoolismo da causa à doença**. Trabalho de licenciatura, Psicologia Clinica de Aconselhamento. Lisboa, 2006.

LOPES, G.T.; LUIS, M.A.V. – **A formação do enfermeiro e o fenómeno das drogas no estado do Rio de Janeiro** – Brasil: atitudes e crenças. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 2005; 13 (n. esp.): 1-14.

LUCA, D.M.; VARGAS, D. – **As concepções de enfermeiros de hospital geral frente as questões relacionadas ao álcool e ao alcoolismo**. *Revista de Enfermagem*. Brasil 2006; 5(5):260-266.

MELLO, M.; BARRIAS, J. E BREDA, J. - **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal**. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE (OMS), 2001 - **RELATÓRIO MUNDIAL DA SAÚDE - Saúde mental: nova concepção, nova esperança** - 1.^a edição, Lisboa, Abril de 2002. ISBN 972-675-082-2

PLANO NACIONAL PARA A REDUÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL 2010 – 2012, Novembro 2009.

PILLON, Sandra Cristina – **Atitudes dos Enfermeiros com relação ao Alcoolismo: Uma Avaliação de Conhecimentos**. Revista Electrónica de Enfermagem 2005. Goiás. V. 07, nº 3. P. 301 -305.

PILLON, Sandra Cristina; LUIS, Margarita Aantonia Villar - **Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem**. Rev Latino-am Enfermagem, 2004. Julho-Agosto; 12(4):676-82.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernardette P. - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995, 391pp. 85-7307-101-X.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental - **Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal**: relatório Lisboa: Ministério da Saúde, 2007.

PORTUGAL. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental - **Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo**. Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.

QUEIRÓS, Ana Albuquerque; [et al] – **Educação em Enfermagem**. 4ª ed. Quarteto, Lisboa, 2000, 972-8535-18-X, pp.61-125

ROSA, Amorim Gabriel Santos - **Violência em Contexto Psiquiátrico Tradução, adaptação cultural e validação da versão portuguesa da ATAS (Attitudes Toward Aggression Scale)**. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Medicina do Porto, 2008.

SANTOS, Alexandra Sofia Cântara – **Nos bastidores do consumo: o álcool e as mulheres.** Monografia apresentada à Universidade Fernando Pessoa para a obtenção da Licenciatura em Serviço Social. Porto, 2008.

VARGAS, Divane; LABATE, Renata Curi. - **Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo.** Revista Brasileira Enfermagem 2006 jan-fev; 59(1):47-51.

VARGAS, Divane; LUIS, Margarita Antónia Villar - **Construção e validação de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista** - Revista Latino-americana Enfermagem, 2008 Setembro - Outubro; 16(5)

VARGAS, Divane; LUIS, Margarita Antónia Villar - **Álcool, Acoolismo e Alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde.** Revista Latino-americana Enfermagem 2008 Maio -Junho; 16(especial)

VARGAS, Divane; SOARES, Janaina - **Atitudes de enfermeiros frente ao alcoolismo: revisão da literatura.** Cogitare Enfermage, 2010 Abr/Jun; 16(2):340-7

APÊNDICES

PÊNDICE I

Pedidos de autorização para aplicação do questionário

APÊNDICE II

Questionário