

**ARI NUNES ASSUNÇÃO**

**ENFERMAGEM E ALCOOLISMO:  
A CONVERGÊNCIA DO DISCURSO E DA PRÁTICA DOCENTE**

**Florianópolis**

**1998**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM FILOSOFIA DA ENFERMAGEM**

**ENFERMAGEM E ALCOOLISMO:  
A CONVERGÊNCIA DO DISCURSO E DA PRÁTICA DOCENTE**

**ARI NUNES ASSUNÇÃO**

**Tese apresentada ao Curso de Doutorado  
em Filosofia da Enfermagem, da  
Universidade Federal de Santa Catarina,  
como Requisito final à obtenção do título  
de Doutor.**

**Orientadora: Dr<sup>a</sup>. Maria Tereza Leopardi**

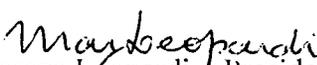
**Florianópolis  
1998**

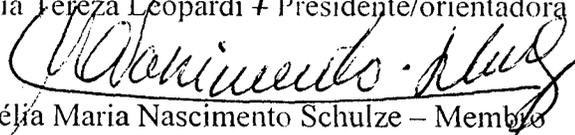
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE DOUTORADO EM FILOSOFIA DA ENFERMAGEM

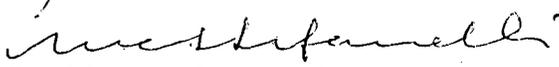
**ENFERMAGEM E ALCOOLISMO: DISCURSO E PRÁTICA – CAMINHOS  
QUE SE SEPARAM?**

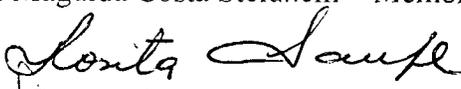
ARI NUNES ASSUNÇÃO

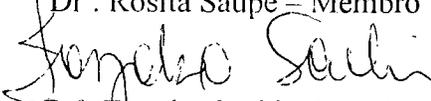
Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Filosofia da Enfermagem. E aprovada em sua forma final em 8 de setembro de 1998, atendendo às normas da legislação vigente no Curso de Pós-Graduação em Enfermagem – Programa de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

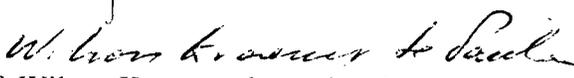
  
Dr<sup>a</sup>. Maria Tereza Leopardi – Presidente/orientadora

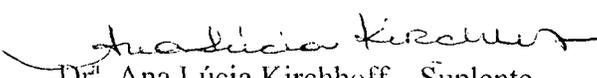
  
Dr<sup>a</sup>. Clélia Maria Nascimento Schulze – Membro

  
Dr<sup>a</sup>. Maguida Costa Stefanelli – Membro

  
Dr<sup>a</sup>. Rosita Saupe – Membro

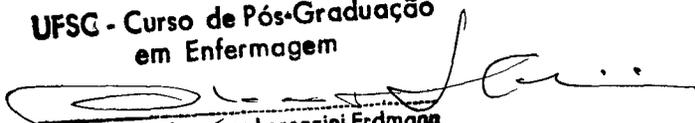
  
Dr<sup>a</sup>. Toyoko Seaki – Membro

  
Prof. Wilson Kraemer de Paula – Membro

  
Dr<sup>a</sup>. Ana Lúcia Kirchhoff – Suplente

Dr<sup>a</sup>. Lucia Hisako Takase Gonçalves - Suplente

**UFSC - Curso de Pós-Graduação  
em Enfermagem**

  
**Prof. Dr<sup>o</sup>. Alcegue Lorenzini Erdmann  
Coordenadora**

## DEDICATÓRIAS

À Palmira, minha mãe, que sempre torceu por mim.

À Salette, companheira dos encontros e dos desencontros.

Aos meus filhos, Loreny (Neca), André, Laura e Léo, a razão maior das minhas buscas.

À memória da Dr.<sup>a</sup> Maria Aparecida Minzoni (Tida), que deixou uma lacuna na Enfermagem Psiquiátrica, mas também deixou discípulos que continuam o seu trabalho.

À memória da Prof.<sup>a</sup> Dirce Aragon, pessoa que acreditou em mim e muito me ajudou no início da minha caminhada como docente.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me proporcionado a saúde e a lucidez com que tenho percorrido os caminhos da profissão, mas, sobremaneira, por haver encontrado pessoas como as referidas aqui e, também, tantas outras não referidas.

À Dr<sup>a</sup>. Maria Tereza Leopardi, por ter me acompanhado, como orientadora, em toda esta caminhada. A sua disponibilidade, o seu compromisso com a ciência e com a verdade, a sua maneira afetuoso e firme de orientar foram marcas que ficarão como aprendizado e como saudade.

À Dr<sup>a</sup>. Maria de Lurdes Souza, por ter acreditado em mim, incentivando-me a concorrer ao doutorado e demarcando num guardanapo de restaurante os principais pontos de um projeto. Sei que não correspondi às suas expectativas, mas tenho pela senhora reconhecimento e carinho.

À Dr<sup>a</sup>. Clélia Nascimento, por ter demonstrado sempre disponibilidade e interesse, durante os meus estudos sobre a Teoria das Representações Sociais. Foi mais do que uma professora, tornou-se uma amiga.

Aos meus colegas de curso, ouvi-los e conhecê-los foi parte do meu crescimento profissional. Espero poder continuar desfrutando da amizade e do saber de vocês.

Ao Dr. Ivo Gelain, a Zenita, a Luciana, o Felipe, amigos, que tivemos o prazer de encontrar e conviver durante as caminhadas em Jurerê, os churrascos, as pizzas e os vinhos.

À Dd<sup>a</sup>. Maria Cristina T. Veloz, que tive o prazer de conhecer como colega e como amiga, sempre atenta com os meus estudos, procurando compartilhar comigo os textos e livros sobre a Teoria das Representações Sociais.

Ao casal Gilson e Eliane Pinheiro, suas filhas Juliana e Gabriela, que hospedaram a mim e a minha família quando precisamos estar em Florianópolis.

Ao médico Ernani Luz Junior, profissional que adotei como modelo para o meu trabalho com dependentes químicos.

Aos alcoolistas, outros dependentes e seus familiares a quem prestei cuidados, por me haverem oportunizado vivenciar uma maneira diferente de olhar e perceber as diversas formas de dependência química.

Aos professores do Curso de Enfermagem da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), por terem colaborado na testagem do roteiro das entrevistas. Mas, principalmente, pela disponibilidade, pelo carinho e pelo interesse em ajudar.

Aos professores e alunos do Departamento de Enfermagem da Fundação Universidade do Rio Grande (FURG), que, por ocasião da coleta de dados, foram disponíveis, muitas vezes, interrompendo outras atividades para falar sobre o tema.

Aos professores e alunos do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que além do convívio afetivo, durante os três anos de Curso, também colaboraram com a pesquisa, na condição de respondentes.

Aos professores e alunos do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que souberam acrescentar a um encontro de trabalho, momentos de atenção e de manifestação de amizade para comigo.

Aos professores e alunos do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPr), onde fui recebido com carinho e atendido com disponibilidade para a realização das entrevistas. À Dr<sup>a</sup>. Gláucia, que não mediu esforços para facilitar o meu trabalho.

Aos professores, alunos e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), onde tudo começou para mim, como docente. Foi muito bom ter voltado a esta “casa”, que depois de 20 anos conserva o mesmo calor humano que conheci no início. Aos colegas que encontraram espaço entre os seus compromissos para fornecer os dados solicitados.

Aos professores e alunos da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), por haverem colaborado como participantes da pesquisa, mas principalmente porque, de alguma forma, todos assumiram alguma coisa a mais para que eu pudesse ser liberado para o curso de doutorado.

Aos funcionários da secretaria da Pós-Graduação da PEN/UFSC, por terem, sempre, atendido-me com atenção e delicadeza. À Sra. Helena, que por várias vezes, foi além do seu dever para ajudar-me.

## RESUMO

A inquietação sobre a maneira como os alcoolistas são recebidos e tratados pelos profissionais da saúde nos locais de atendimento, a observação dos comportamentos e das manifestações verbais dos docentes e alunos da Enfermagem e a conduta da sociedade a respeito destas pessoas, constituíram-se no impulso que desencadeou a presente pesquisa. A teoria das Representações Sociais foi a que pareceu melhor adequar-se como sustentáculo para a investigação. Para dar ao estudo uma característica nacional, mas principalmente regional, o mesmo foi feito com docentes e alunos das Universidades Federais da Região Sul do Brasil. Procurou-se conhecer, através das respostas aos estímulos verbais, qual a representação dos respondentes frente às pessoas alcoolistas. Isto, forneceu subsídios para conhecer-se os sentimentos diante destas pessoas, e também o saber disponível para lidar com o indivíduo alcoolista e com a doença alcoolismo. Em decorrência dos resultados fornecidos pela análise dos dados, algumas propostas foram formuladas com vistas à facilitar a inserção de conteúdos relativos ao alcoolismo nas disciplinas curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, buscando a instrumentalização dos docentes e dos futuros profissionais da assistência, nessa área de conhecimento. O estudo em pauta, além dos resultados alcançados, sugere algumas providências no preparo do profissional enfermeiro, que venham determinar melhores condições de ~~intervir no tratamento na recuperação~~ e na manutenção da saúde da pessoa alcoolista

## SUMMARY

The present paper was originally stimulated by the existing apprehension regarding the way alcoholics are admitted to and treated by health professionals in their working places, the study of behaviors and verbal reports by lecturers and students of the Nursing School, as well as society's conduct with reference to alcohol addicts. The theory of Social Representation seemed to be the one that best fitted as the basis for this investigation. In order to give this study a nationwide and mainly regionwide - character, it was submitted to both instructors and students of the Federal Universities in southern Brazil. We tried to find out, through answers to verbal stimuli, the respondents' representation before alcoholics. This in turn gave us the subsidies needed to unveil people's feelings towards alcoholics: it provided as well the knowledge required to deal with the alcoholic individual and alcoholism. Following the results of data analysis, some suggestions were made to facilitate the inclusion of contents related to alcoholism in the Nursing Graduation Course Syllabus, aiming at providing both lecturers and future assistance professionals with the necessary tools in this area of human knowledge. The study in question, in addition to the results obtained, points out some steps in the qualification of the nursing professional which can eventually determine an improvement in the treatment, recovery and health maintenance of the alcoholic.

## SUMÁRIO

CAPÍTULO I	
INTRODUÇÃO .....	09
Objetivos .....	20
CAPÍTULO II	
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....	21
1 - Resgatando a Trajetória Histórica do Trabalho com Alcoolista .....	21
1.2 - Alcoolismo: o problema .....	27
1.2.1 - Ancorando a história do alcoolismo .....	27
1.3 - O Álcool e Sistemas Orgânicos .....	40
1.4 - Representação Social .....	48
1.5 - Questões de Formação Profissional .....	55
CAPÍTULO III	
METODOLOGIA .....	67
1 - Procedimento nas entrevistas .....	70
2 - Procedimentos analíticos .....	75
CAPÍTULO IV	
APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS .....	76
CAPÍTULO V	
REFLETINDO SOBRE OS DADOS DA PESQUISA .....	119
1 - Uma posição crítica do ensino sobre alcoolismo nos cursos de Enfermagem .....	119
2 - O alcoolismo e o ensino de Enfermagem .....	127
CAPÍTULO VI	
ENCAMINHAMENTOS FINAIS .....	139
1 - As Representações Sociais dos docentes e alunos de Enfermagem .....	147
CAPÍTULO VII	
PARA CONCLUIR .....	161
BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA .....	171

# CAPÍTULO I

## INTRODUÇÃO

No Brasil, o estudo do alcoolismo constitui-se numa constante busca de novas formas para se intervir no problema e estabelecer uma visão preventiva e curativa, a fim de que em tão grave situação de saúde pública, se possa vislumbrar alguma possibilidade de mudança. Segundo uma pesquisa de Bertolote (1982), em cada cem (100) brasileiros em idade produtiva, isto é, dos 15 aos 65 anos de idade, 11,5% são portadores de alguma forma de alcoolismo. No geral, entretanto, o mais comum é encontrar na literatura uma porcentagem entre 7% e 10% de alcoolismo na população considerada produtiva.

O alcoolismo não se constitui numa preocupação de saúde somente para o Brasil, é um problema com as mesmas dimensões para toda a humanidade. Portanto, independentemente da cultura, do regime político ou da religião, o alcoolismo tem sido um dos mais graves problemas de saúde física, mental e social, exigindo estratégias educativas e formas mais eficazes e humanas de tratamento.

A bebida alcoólica, além dos seus atrativos naturais, como o sabor e o efeito euforizante, quando consumida em pequenas doses, torna-se objeto intermediário nas relações sociais, o que facilita a inserção do indivíduo na cultura consumidora de bebidas alcoólicas; conta ainda com alguns fatores que facilitam ao usuário desculpar-se e ser desculpado, quando perde o

controle sobre a forma de consumo. Este é o caso mais comum entre os adolescentes e adultos jovens que se iniciam no grupo de consumidores de bebidas alcóolicas.

Há vários cúmplices para o alcoolismo. Lazo (1989) reporta-se à família que ajuda o seu alcoolista, quer cobrindo os cheques sem fundos, quer ajudando ou pagando as despesas do reparo no carro destruído quando este dirigiu embriagado, quer fazendo “vistas grossas” para os pequenos e médios delitos que se tornam rotineiros na vida dele. O profissional de saúde inexperiente, que não “põe as cartas na mesa” já na primeira consulta, porque não está seguro do diagnóstico e receita um tranqüilizante, esperando que este venha a resolver o problema, torna-se cúmplice. Por imobilidade técnica, a polícia e o judiciário, por sua vez, lidam com a questão do alcoolismo como lidam com os casos comuns. Por sua vez, as empresas e os sindicatos, na maioria dos casos, não têm um programa especial de prevenção e recuperação do alcoolista.

Considerando-se que o consumo de bebidas alcóolicas não se constitui em um ato privado, e que as conseqüências do excesso aparecem em todas as situações da vida pública, invadindo também o espaço familiar e causando sofrimento subjetivo, o seu enfrentamento é responsabilidade tanto do indivíduo alcoolista e sua família, quanto da sociedade.

Um aspecto que concorre para a facilitação da existência do alcoolismo, embora sendo o álcool uma substância psicoativa, é o fato de ser considerado de uso lícito e de receber intenso incentivo social. Qualquer pessoa, no Brasil, independentemente da idade e das condições psíquicas, embora exista legislação que regulamente a venda, não encontra dificuldade

para adquirir qualquer quantidade de bebida alcoólica, desde que tenha o dinheiro para pagá-la.

Nessa conjuntura o alcoolista torna-se um indivíduo fragilizado pelas limitações que decorrem da doença e pelas promessas sedutoras do álcool como um produto consumível, que alcançam aspectos físicos, psicológicos, sociofamiliares e econômicos.

Em contrapartida, fragilizados também estão os profissionais da saúde que procuram dedicar-se a esses pacientes, por contarem com recursos terapêuticos limitados, visto que não existem medicamentos que tenham efeitos específicos e satisfatórios; esses são sempre paliativos.

O que se conhece de melhor em tratamento para pessoas dependentes do álcool são as várias modalidades de terapias associadas: terapia medicamentosa, para melhorar as intercorrências clínicas e os sintomas psiquiátricos; terapia ocupacional, com a finalidade de reintegrá-las à vida produtiva; socioterapia, com o intento de torná-lo mais adaptado ao meio de seu convívio; psicoterapia, para melhorar as condições de ego. Tenho observado que são as terapias de grupo, no entanto, as que geralmente, dão melhores respostas. Os grupos de interajuda, Alcoólicos Anônimos, por exemplo, também têm um papel relevante no tratamento e recuperação do alcoolista.

Os danos físicos determinados pelo efeito do etanol no organismo humano, causam sérias limitações e até mesmo incapacidades para o exercício das atividades profissionais e sociais. Discute-se, também, os problemas de ordem moral, social, familiar e psicológica, que geralmente ocorrem na vida do alcoolista.

Os autores que escrevem sobre alcoolismo, na sua maioria, são enfáticos ao afirmarem que o alcoolismo é uma doença crônica, porque, uma vez que o indivíduo tenha se tornado dependente, não consegue mais voltar a fazer uso moderado de bebidas alcoólicas, bem como escolher as ocasiões e a quantia que vai consumir.

Na perspectiva de Gitlow e Seixas (1991), o alcoolismo é uma doença crônica e recorrente, com certas peculiaridades nos seus sintomas, tais como manifestações orgânicas e alterações da conduta. O alcoolismo é compreendido como uma doença progressiva, crônica e fatal, como se explica:

- progressiva, porque os sintomas vão se intensificando, à medida que o alcoolista continua a usar bebidas alcoólicas, com aumento das doses e diminuição do intervalo de tempo entre as mesmas;

- crônica, porque uma vez que o indivíduo tornou-se dependente do álcool, só se manterá sem beber se evitar qualquer aporte dessa substância no seu organismo, seja vinagre, xarope ou qualquer bebida ou alimento que contenha álcool;

- fatal, porque causa severos danos em todos os planos da vida do indivíduo alcoolista.

Atualmente alguns estudiosos se contrapõem a esta visão mais hermética do prognóstico do alcoolista, dentre os quais destaca-se Masur (1990), que discute a idéia de que algumas pessoas alcoolistas, depois de recuperadas, podem voltar a beber moderadamente. Seriam pessoas com boas condições de ego e com suporte familiar que lhes desse sustentação nos momentos cruciais do impulso intenso de voltar a beber. Essa é uma experiência pela qual passam os alcoolistas em fase de recuperação.

Voltando o foco para aquele alcoolista que, por razões decorrentes da própria síndrome, não consegue deter o uso da bebida, os prejuízos são intensos.

No plano orgânico, os danos mais freqüentes são os neurológicos, com sérios prejuízos da qualidade de vida, representados pelas neurites periférica e profunda, encefalopatias, demência alcoólica; pancreatites, nas formas aguda e crônica; cardiopatias alcoólicas; hepatopatias alcoólicas; inapetência funcional. Na musculatura esquelética, o álcool produz uma sensação de fadiga. Na esfera sexual, pela ação direta nas gônadas, produz alteração hormonal, pelo comprometimento das fibras nervosas, causando impotência sexual, quase sempre reversível. No aparelho cárdio-respiratório, pequenas doses aumentam o ritmo e, em doses maiores, deprimem o Sistema Nervoso Central (SNC), diminuindo seu ritmo. No aparelho renal, pela inibição do hormônio antidiurético (HAD), há um aumento na função renal, com conseqüentes lesões das estruturas e, mais tarde, possibilidade de insuficiência renal.

São comuns alterações nos planos ético e moral, decorrentes da inibição do juízo crítico, uma das características do alcoolista.

Por outro lado, as mudanças psíquicas se fazem notar por alteração do humor, idéias delirantes, confusão, lacunas amnésicas, culminando com franco delírio, alucinações (geralmente zooscópicas) e, às vezes, demência alcoólica (Assunção, 1983 e Fortes, 1991).

Resultando de uma constelação de fatores, o alcoolismo determina sérias limitações ou incapacidades para o indivíduo manter-se integrado no trabalho, na família e na sociedade. É neste momento que o alcoolista procura uma instituição hospitalar, geralmente psiquiátrica, que, na maior parte das

vezes, oferece um tratamento sintomático convencional, o que concorre seriamente para um processo de cronificação do alcoolismo, decorrente de recaídas e de diversas reinternações.

Um aspecto objetivo dessa questão é que a teoria e a prática nem sempre andam pelo mesmo caminho. Existem ambigüidades, distorções, incompetências e desconhecimentos, os quais trazem ao problema um lado obscuro que precisa ser desvendado, especialmente para os profissionais da saúde.

Frente ao exposto, parece-me ser de grande relevância a intervenção de profissionais da Enfermagem e de outras profissões da saúde como conhecedores da doença alcoolismo, a fim de intervir no processo terapêutico e preparar o indivíduo e a família para um retorno readaptado e saudável ao meio onde ele vive e trabalha. Nesse caso, no ensino da Enfermagem torna-se importante e é necessário que se trabalhe de forma intensa em torno de mudanças na representação que os docentes enfermeiros têm do indivíduo alcoolista, pois, geralmente, se configura um estereótipo negativo. Essas mudanças devem chegar à formação dos docentes de Enfermagem, dos enfermeiros e aos currículos de graduação em Enfermagem.

**Proponho-me a expor e argumentar em favor da tese de que os docentes de Enfermagem da Região Sul do Brasil apresentam dificuldades e preconceitos em reconhecer o alcoolismo como área de atuação da Enfermagem e em prestar assistência ao alcoolista.**

## 1. Justificativa

A escolha do tema alcoolismo para nortear os estudos e a construção da tese de doutorado em Filosofia da Enfermagem desenvolvidos no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), tem como razão principal o fato de esse ser um problema de saúde com efeitos imensuráveis. Por outro lado, considerando a observação que venho desenvolvendo ao longo do tempo, tanto no ensino como na assistência, noto, na Enfermagem, que o discurso e a prática no tratamento do alcoolista são caminhos que não têm se encontrado.

Frente ao exposto acima e ao que venho assinalando neste trabalho, a questão norteadora da pesquisa constitui-se em **investigar a provável existência de uma visão desqualificada e negativa nos docentes de Enfermagem, frente ao indivíduo alcoolista, na forma de representações sociais.**

No Brasil, como em toda a América Latina e em outros continentes, o uso abusivo de bebidas alcoólicas e suas conseqüências constituem-se num grave problema de Saúde Pública, superando todas as drogas ilícitas (Brasil, Ministério da Saúde, 1991). Pelos danos que causa, é um problema que atinge as áreas da saúde física e mental, envolvendo aspectos sócio-econômicos e dificultando o relacionamento interpessoal.

Observa-se que no sistema brasileiro de saúde, o alcoolismo é atendido em instituições psiquiátricas, geralmente de princípio custodial, no qual os alcoolistas passam a conviver com as pessoas portadoras de outras psicopatologias, principalmente psicoses, sendo estas ricas em sintomas induzindo, muitas vezes, o alcoolista a desencadear uma simulação semelhante com vistas a um ganho secundário. Nessas instituições, de modo geral, não existe um programa de tratamento direcionado ao alcoolista, configurando-se, na maiorias das vezes, uma internação que gira em torno de 30 a 60 dias, em que o indivíduo recebe um tratamento convencional, isto é, alimentação, medicamentos tranqüilizantes, geralmente benzodiazepínicos, que são, nesse caso, de uso contra-indicado, pela dependência cruzada que pode causar. Os alcoolistas participam coletivamente de algumas atividades socioterápicas e em tarefas de ajuda à instituição, geralmente visando uma forma de serem aceitos e conseguir benefícios durante a internação.

Essa é, provavelmente, a única experiência que alunos de graduação têm em sua formação profissional, a qual sedimenta preconceitos e imagens contraditórias sobre o problema.

Os cursos de graduação na área da saúde pouco oferecem, portanto, para estudo e conhecimento sobre alcoolismo, especialmente nos cursos de graduação em Enfermagem da Região Sul do Brasil, que programam em torno de 4 a 5 horas de aula para as dependências químicas, em geral como um conteúdo da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica (ANEXO 3).

Face à magnitude do problema, pode-se dizer que esses programas representam uma quantidade irrisória de possibilidades na aquisição de conhecimento, além de não se ter idéia ainda da sua qualidade, inclusive do

tipo de relação terapêutica abordada no processo ensino-aprendizagem, do que resultam referências profissionais frágeis e infelizmente distorcidas.

Em tais condições, justifica-se uma análise objetiva do ensino de Enfermagem, a partir da avaliação das representações dos docentes sobre o alcoolista, que resultam em conseqüências sobre a maior ou menor importância dada ao problema nos programas de formação profissional. Essa compreensão poderá corresponder a alguns indicativos para a mudança na perspectiva pedagógica, de modo a influenciar positivamente na assistência de enfermagem ao alcoolista.

Os pressupostos que vão orientar a análise neste estudo, estão calcados na teoria das Representações Sociais, proposta por Moscovici (1978 e 1981) em “A Representação Social da Psicanálise” e “Sobre a Representação Social”, respectivamente. Esta teoria, nos estudos de Enfermagem, ainda pode ser considerada de uso incipiente. Já existem, entretanto, estudos na Enfermagem com interesse sobre o que sentem e o que percebem grupos sociais ou indivíduos em torno de um determinado tema, conforme demonstram Araújo (1991), Lemos (1994) e Assunção e Leopardi (1996), os quais se utilizaram desse modelo.

No escopo desse estudo está a busca da representação que os docentes enfermeiros têm do alcoolista, porque entendo que o convívio estreito que se estabelece entre “professor e aluno” poderá determinar uma linha de conduta junto ao indivíduo portador do alcoolismo, orientada pelas Representações Sociais, dentro de outras determinações. É provável que, no bojo desses acontecimentos, esteja a possibilidade para a aproximação entre a teoria e a prática, à medida em que o reconhecimento e a análise das concepções sobre o alcoolista possam tornar-se referência mais precisa para

reorganização dos programas de ensino na graduação, principalmente em relação a um tema de importância ainda não reconhecida entre os profissionais da saúde.

A vivência como docente, através da observação pessoal, tem demonstrado que existe um estereótipo<sup>1</sup> negativo dos docentes enfermeiros a respeito do alcoolismo, possivelmente por dificuldades em identificar e reconhecer o fato como mais uma doença de caráter biopsicossocial.

Tenho me referido ao alcoolismo como um grande problema médico-social, não só relativo à assistência da saúde para os indivíduos em fase de intoxicação aguda, com intercorrências clínicas, envolvidos em acidentes de trânsito ou de trabalho e em outras formas de manifestações e sintomatologias produzidas pelo alcoolismo, como também os relacionados aos custos de benefícios a que os segurados têm direito. Por essas razões, são necessárias medidas urgentes, tais como restringir a propaganda e a venda indiscriminada de bebidas alcoólicas e incrementar campanhas permanentes de divulgação do problema alcoolismo e seus conseqüentes danos.

Na minha opinião há estudiosos que defendem a liberdade de escolha do indivíduo sobre o que ele deseja fazer com sua vida, mas não podem ser considerados relevantes, pois desconsideram as conseqüências sociais dessa “decisão”.

Estudos epidemiológicos recentes (Brasil, MS, 1994) fornecem dados significativos relativos à pesquisa feita em algumas áreas urbanas, entre 1990

---

<sup>1</sup> Tajfel (1982) reporta-se ao estereótipo como sendo “uma imagem hipersimplificada de uma determinada categoria, normalmente, de indivíduos, instituições ou acontecimentos, compartilhada em aspectos essenciais por grande número de pessoas. Os estereótipos são vulgarmente, mas não necessariamente, acompanhados por preconceitos, isto é, uma predisposição favorável em relação a qualquer membro da categoria em questão”. É, nesse sentido, que se aproxima da idéia de Representação Social como imagem, e esse conceito será eventualmente utilizado.

e 1991, com uma prevalência entre 8% e 10%, para o uso imoderado e dependência do álcool. Por outro lado, a mesma fonte aponta a dependência do álcool e a psicose alcoólica como responsáveis por 35,8% das internações psiquiátricas.

A Associação Brasileira de Estudos do Álcool e do Alcoolismo (ABEAA, 1992) chama-nos à atenção para o crescente problema do alcoolismo entre os brasileiros e estima que 5,4% do PIB (Produto Interno Bruto) esteja comprometido pela queda da produtividade da mão-de-obra que se torna inoperante ou pouco capaz.

A Universidade Brasileira, através das IFES (Instituições Federais de Ensino Superior), está desencadeando um grande “Fórum” de discussão, o primeiro realizado foi em Porto Alegre em 1993, a respeito do uso de drogas e muito especialmente de álcool na comunidade acadêmica.

Frente a essa realidade, os pró-reitores de assuntos estudantis e de administração têm como objetivo desenvolver um amplo programa de prevenção e tratamento para atender a já conhecida demanda da comunidade universitária.

Ao longo dos estudos e da prática que venho desenvolvendo frente à problemática decorrente do alcoolismo, buscando conhecer a etiologia, a evolução e a melhor forma de tratamento, constatei que são escassos as pesquisas e estudos elaborados por profissionais da Enfermagem.

Na bibliografia consultada, nacional ou estrangeira, quando se refere à constituição das equipes multiprofissionais para o estudo ou assistência do alcoolismo, poucos se referem ao profissional enfermeiro como membro constituinte. Por isso, tenho o desafio de estudar e aprofundar esse tema, com o objetivo de investigar, entre os docentes enfermeiros dos Cursos de

Enfermagem da Região Sul do Brasil, as representações, os códigos e os sentimentos em relação ao indivíduo alcoolista.

## **2. Objetivos**

2.1. Conhecer, através da investigação, qual a representação que os docentes enfermeiros dos Cursos de Enfermagem das IFES da Região Sul do Brasil têm sobre o indivíduo alcoolista.

2.2. Formular uma proposta de inserção de conteúdos sobre alcoolismo no currículo dos Cursos de Graduação em Enfermagem, que proporcionem aos estudantes e professores maior conhecimento sobre o tema.

## CAPÍTULO II

### FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

*“Hasta no hace mucho tiempo el alcoholismo era considerado un problema moral. Hoy en día, es considerado un problema de salud”.* Cormillot e Lombardini (1991)

#### **1 - Resgatando a Trajetória Histórica do Trabalho com Alcoolistas**

Por que alcoolismo? Ver, observar, procurar entender, questionar, ficar inquieto, não desistir de obter respostas tem sido uma constante para mim, que há mais de um quarto de século lido com esse tema.

Falo de um período cujo início se dá entre os anos de 1970 e 1972, quando fazia meu curso de graduação em Enfermagem, mais especificamente durante o estágio da disciplina de Enfermagem Médico-Cirúrgica e, posteriormente, como monitor dessa mesma disciplina, quando conheci um paciente, a quem vou chamar de “Zé”, que periodicamente internava na Enfermaria de um hospital do interior do Rio Grande do Sul. Essa enfermaria constitui-se em local de estágio para os alunos do Curso de Enfermagem e também para os alunos do Curso de Medicina.

“Zé” era uma daquelas pessoas de quem se desconhecia as relações familiares ou qualquer outra forma de vinculação afetiva. Sabia-se somente

que ele vivia nas proximidades do Hospital, onde havia vários bares e outros locais de venda de bebidas alcoólicas.

No hospital, o “Zé” tornou-se conhecido e, portanto, uma figura singular, por suas estratégias para entrar com bebida alcoólica (aguardente) na enfermaria e pela maneira de guardá-la para fazer uso nos momentos que considerava mais apropriados. Para ilustrar o que descrevo, “Zé” adentrou pela portaria do hospital com duas garrafas médias contendo aguardente e, no lugar das tampas, duas rosas; interpelado pelo porteiro, disse que estava levando as rosas para as irmãs (freiras) e, assim, conseguiu levar a bebida para a enfermaria. Sua astúcia, porém, não parava por aí. Para guardar as garrafas, ele escolheu as caixas de descarga dos sanitários. Por tratar-se de uma construção antiga, as caixas eram de ferro fundido e presas na face externa da parede, localizadas acima dos vasos sanitários. O local era reservado e conservava o líquido numa temperatura agradável.

Esse personagem internava-se com frequência e com muita facilidade, devido ao fato de que a cada semestre ele era submetido a uma punção hepática, para que os residentes e alunos da graduação pudessem ver um alcoolista crônico que tinha um fígado íntegro. Então, as regalias do “Zé” eram compensadas pela sua disponibilidade em submeter-se às punções periódicas para os estudos da especialidade.

Isso me incomodou muito, provavelmente pelo fato em si, mas também porque era uma situação de amplo conhecimento dos técnicos e, acredito, da direção do hospital. “Zé”, contudo, não se incomodava; ao contrário, sentia-se importante, por ser “objeto” de estudo dos futuros “doutores”. Eram estes que o proviam de roupas, alimentos e providenciavam

seu internamento quando estava debilitado. Muito provavelmente, sentia um senso de utilidade que lhe dignificava a vida.

Já como profissional, trabalhando em outra cidade, após alguns anos, tive notícias de que o “Zé” havia morrido durante uma chuva. Caíra na sarjeta e, por estar embriagado, afogou-se. Morreu de forma tão bizarra como fora a sua própria vida.

Entre os aspectos humanos, uma questão crucialmente importante é relativa a ética profissional e institucional, determinando a necessidade de uma reflexão sobre os direitos de cidadania e sobre a consciência dos técnicos, professores e alunos sobre o “uso” desrespeitoso e indigno do corpo de uma pessoa, principalmente quando ela não tem capacidade para decidir com pleno conhecimento.

Não foi essa uma situação isolada e estranha. Ao contrário, é um exemplo que ainda ocorre no sistema de saúde, particularmente em situações de treinamento de profissionais da área.

Embora não deixando de ser uma abertura pública do fato a referência da situação historiada, entendo que não cabe, depois de tantos anos, uma investigação constituída por denúncia formal, mas sim uma revisão de atos conflituosos com os quais convivemos numa dada época do desenvolvimento social brasileiro e que hoje nos causam espanto e impõem, no mínimo, uma reavaliação de nossos valores e comportamentos.

Questiono minha própria conduta como espectador passivo de tamanha violência. Talvez o desconforto hoje seja maior ainda, pois está exigindo uma conduta reparadora, pela luta contra o alcoolismo e contra a ignorância sobre o assunto.

A maneira de viver de tantos outros alcoolistas sempre me provocou uma mesma pergunta, ou seja, quais motivos concorrem para que uma pessoa, mesmo lúcida e muitas vezes bem esclarecida, passe a beber descontroladamente, causando tantos danos para si e para o seu grupo social?

Em 1974, fiz o curso de especialização em Enfermagem Psiquiátrica. Dentre outros campos de prática estava o Centro Social São José do Murialdo, localizado ao sopé do Morro da Cruz, região leste da cidade de Porto Alegre, RS. Nesse local, além de tantas outras atividades de atenção à saúde, era desenvolvido um trabalho de recuperação para alcoolistas, dentro de um movimento que se chamava Associação Brasileira de Combate ao Alcoolismo (ABCAL), que se iniciava naquela cidade e que se expandiu para todo o Estado e mesmo para além das fronteiras do mesmo. Foi nesse grupo que procurei e consegui me inserir, inicialmente como observador e depois como co-terapeuta, dando, assim, a partida para um trabalho efetivo com alcoolistas.

A partir de 1975, já como funcionário da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul (SSMA/RS), na função de Supervisor de Enfermagem do Hospital Psiquiátrico São Pedro, fiz parte da equipe de terapeutas em dependência química, com ênfase no alcoolismo, que contava com investimentos da SSMA/RS e do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Em 1976, acrescentei às minhas funções de técnico a de docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS); por isso, passei a ficar mais tempo com os alcoolistas internados e a ouvir os problemas de cada um deles.

Nessa época, comecei a notar que alguns alunos apresentavam dificuldades em assistir e manejar os pacientes com diagnóstico de alcoolismo. Eram visíveis o rechaço e o temor, por não entenderem ou não admitirem que se tratava de um doente. Consideravam o alcoolismo como um defeito de caráter e, por isso, não o equiparavam a outras doenças.

Observando melhor, passei a perceber que comportamentos de rechaço ao alcoolista não eram exclusivos dos alunos, mas também de alguns técnicos e, dentre eles enfermeiros. Expandindo a observação, verifiquei que muitos docentes de Enfermagem tinham, em relação aos alcoolistas, as mesmas dificuldades apresentadas pelos alunos.

A trajetória continuou, com algumas mudanças de direção. Em 1978, transferi-me para a cidade de Santa Maria, RS, onde continuei a acumular as funções de docente e de técnico. Num projeto agregado da SSMA/RS e do Ambulatório de Saúde Mental da UFSM, implantei grupos externos de pacientes alcoolistas e familiares, com o objetivo de complementar o tratamento e prevenir recaídas.

Tal trabalho teve uma evolução que, na minha opinião, foi rápida. A pedido das respectivas comunidades, passamos a fazer atendimentos a grupos nas cidades de Júlio de Castilho, RS e São Sepé, RS. Este modelo serviu como campo de prática para os alunos da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora Medianeira (FACEM) e para alguns residentes de Psiquiatria do FM/UFSM.

Permaneci na coordenação do projeto por aproximadamente dois anos, após o que me transferi para a cidade de Pelotas, RS. O projeto em Santa Maria continuou sob a coordenação do médico chefe do Ambulatório de Saúde Mental da UFSM.

Em 1981, reiniciei o trabalho em Pelotas, nos mesmos moldes que vinha desenvolvendo anteriormente. O início foi com atendimento de alcoolistas internados no Hospital Espírita de Pelotas, na época Sanatório Espírita de Pelotas. À medida que esses pacientes iam recebendo alta, outro grupo ia se formando para atendimento externo. Procurando expandir o trabalho, o caminho percorrido foi diferente do de Santa Maria, pois em Pelotas busquei estabelecer convênio entre algumas instituições, para tornar o trabalho mais abrangente. Num processo mais lento, chegou-se a uma forma integrada de atendimento e ensino, que envolvia a Universidade Federal de Pelotas com seus cursos de Enfermagem e Medicina, a Universidade Católica de Pelotas, com seu curso de Serviço Social, o Hospital Espírita de Pelotas, SSMA/RS e INAMPS (atual INSS).

Nesse modelo, os alcoolistas eram atendidos em grupos ou individualmente e, concomitantemente, em salas contíguas reuniam-se grupos de familiares e de crianças filhas de alcoolistas. Todos os grupos eram coordenados por profissionais e acompanhados por estagiários.

Apesar de essa estrutura ter funcionado por cerca de nove anos, não se conseguiu institucionalizar o projeto. Na minha opinião, isso ocorreu por questões de estrutura interna das instituições, por questões burocráticas, em especial dos órgãos públicos, e, principalmente, pela disputa de poder, infelizmente comum devido à imaturidade profissional e às hierarquias estabelecidas.

Em meados de 1991, o programa foi suspenso para avaliação e reestruturação, a pedido do diretor da Faculdade de Medicina da UFPel, com o aval do Reitor da época. Não houve avaliação, nem reestruturação, e o programa não voltou a funcionar. Os técnicos envolvidos, os pacientes e os

familiares, que haviam aderido ao tratamento, ficaram sem nenhuma resposta formal da instância superior.

Além da vivência nas áreas de assistência e de docência de Enfermagem Psiquiátrica, cuja ênfase foi sempre voltada para o alcoolismo e o alcoolista, como minha trajetória particular, acrescenta-se a experiência de consultório, como psicólogo, no qual direcionei o atendimento para pessoas dependentes do álcool e de outras drogas.

## **1.2 - Alcoolismo: o problema**

### **1.2.1 - Ancorando a história do alcoolismo**

*“O álcool etílico ou etanol (daqui por diante chamado simplesmente de álcool) é, na realidade, o produto da ação de levedura, um fungo com um apetite voraz por coisas doces; quando a levedura encontra mel, frutas, frutinhas, cereais ou batatas, por exemplo, libera uma enzima que converte o açúcar desses materiais em dióxido de carbono (CO<sub>2</sub>) e álcool (CH<sub>3</sub> CH<sub>2</sub> OH). Este processo é conhecido como fermentação. A levedura continua a alimentar-se de açúcar até que, literalmente, morre de intoxicação alcoólica aguda, verdadeira primeira vítima da embriaguez” (Milan e Ketcham, 1986: 27).*

O álcool etílico, encontrado na forma estrutural (C<sub>2</sub> H<sub>5</sub> OH), passa a ser mais uma substância estudada na concepção da química orgânica, o que significa obtenção de dados qualitativos e quantitativos importantes para as análises necessárias, tanto do aspecto médico como jurídico.

A história do surgimento do álcool e do seu uso pela humanidade certamente é mais antiga que a descrição química e apresenta dados que, no

momento primitivo de sua descoberta, o qualificam como decorrente de um processo natural e, portanto, ecológico. Autores como D'Albuquerque e Silva (1990), Domingo (1990), Fortes (1991), Masur (1991) e Souza (1992) partem do princípio de que a natureza oferece as condições necessárias para a produção de álcool, haja visto que frutas, cereais, umidade, calor e fermentos aerotransportados são os elementos necessários e suficientes para desenvolver a fermentação, com a conseqüente produção de álcool.

Tendo-se, atualmente, um consenso em relação à origem do álcool, fica a questão sobre a maneira como o homem percebeu essa substância e provou-a pela primeira vez. Existem autores que tangenciam a questão; entretanto, Fortes (1991:01) faz uma abordagem desse tema, dando um enfoque histórico.

*“Provavelmente, o Pithecanthropus Erectus, ou um seu ancestral, o antropóide, já se familiarizara com o sabor das bebidas alcóolicas, ingerindo os sucos de frutas maduras, caídas das árvores, fermentados por exposição a fermentos aerotransportados e ao calor solar. Como se sabe, na natureza, para ocorrer o fenômeno da fermentação exige só quatro condições: açúcar, água, fermento e calor. Santo-Domingo refere-se ao provável uso ocasional de alguma bebida alcoólica, o absinto, por exemplo, pelo Homus Erectus, há aproximadamente 250 000 anos; considera a existência possível de um consumo alimentar ritual nos períodos paleolíticos tardios (30 000 a.C.) e, com certeza, o consumo a partir do período neolítico (8 000 a 10 000 a.C.)”.*

O hábito de beber não ocorreu por expansão uniforme na humanidade. Tem-se notícias que se deu em momentos diferentes, em diferentes pontos da terra. Cada cultura fez uso do álcool com diversas conotações e regras especiais, para ocasiões e significados específicos.

O que é certo é que as primeiras bebidas foram produzidas pelo processo de fermentação e para isso concorreram, principalmente, os cereais, como a cevada produzida no Egito e o arroz na Índia, na produção de cerveja. Outros cereais foram os responsáveis por outros tipos de fermentados.

Cabe ressaltar que os fermentados de cereais foram os primeiros produtos alcoólicos, há aproximadamente 3400 anos a.C. e o vinho, produzido a partir da uva, o fora em torno de 3000 anos a.C. Mais tarde, frutas como o figo, a tâmara e outras foram utilizadas na produção de outras bebidas alcoólicas.

A cerâmica desenvolvida no período neolítico teve influência na produção dos fermentados, porque permitiu o armazenamento de “alimentos ricos em hidrato de carbono” e favoreceu o processo de fermentação e a conservação do produto. Existem indícios de que também favoreceu o início da comercialização das bebidas, o que deu origem aos pontos de venda de bebida, as chamadas tavernas.

As bebidas destiladas surgiram na Idade Média, século XI, quando um químico árabe, de nome “Albucasis”, descobre o processo de destilação, a partir de um instrumento considerado simples, o alambique. Esse processo possibilitou a produção de bebidas com altos teores de álcool, com graves conseqüências no processo de alcoolismo.

Na esteira dos estudos de Fortes (1991) e Souza (1992), verifica-se que os destilados, assim como aconteceu com os fermentados, de início foram usados com fins medicinais, ingeridos sob a forma de licores. Em relação aos destilados, por tratar-se de uma técnica relativamente fácil, sua expansão indiscriminada foi muito rápida, principalmente em direção ao norte da

Europa, intensificando ainda mais a onda de alcoolismo sofrida pelo mundo antigo.

Na vertente em que vimos desenvolvendo a leitura, os autores acima assinalam o uso de bebidas alcoólicas como mais um divisor entre as classes sociais e até mesmo na questão do gênero, porque em algumas culturas o consumo de bebidas alcoólicas por mulheres era e ainda persiste como uma prática proibida. A Bíblia faz alusões à cultura da uva e ao vinho, e refere-se às formas de consumo, moderado, exagerado ou indesejável. Não menciona o emprego coletivo, talvez pelo uso de bebidas em rituais religiosos ou para ocultar que bebidas também eram usadas em festas profanas de gregos e romanos.

*“No Antigo Testamento e no Talmud existem referências às bebidas mais concentradas, que são apresentadas muitas vezes como símbolo de riqueza e paz, embora os excessos sejam condenados e a embriaguez da mulher estigmatizada” (Fortes, 1991:02).*

No Egito antigo, o consumo de bebidas era farto, tanto pelos faraós, como pelos ministros religiosos. Essa onda de “alcoolização” só foi freada pela influência islâmica, com a invasão do Egito, a partir de 640 d.C.

Os gregos da Grécia Antiga consumiam o hidromel, um fermentado a partir de mel e água. Por volta de 1000 a.C., iniciaram a cultura da vinha, procedente do Cáucaso. Na mitologia grega, Dionísio (Baco), filho de Zeus com uma princesa tebana, Sêmela, refugiando-se no Egito, aprendeu a preparar o vinho a partir da vinha, ensinamento que transmitiu aos gregos.

Entre os gregos ilustres, o vinho causou uma certa polêmica. Enquanto Homero e Eurípedes falavam das suas virtudes, Alcibiades postulava contra o

consumo exagerado e argumentava que nunca ninguém vira Sócrates embriagado. Platão, no século V a.C., que desaconselhava a ingestão de vinho por menores de 18 anos, admitia seu uso pelos adultos e aconselhava a ingestão em grandes quantidades pelos velhos.

Na Itália, o vinho era conhecido antes de sê-lo na Grécia, sendo que por um longo tempo, foi a única bebida fermentada conhecida dos italianos e, portanto, constituía-se numa mercadoria preciosa. Foi a partir do século II a.C. que se deu a expansão da cultura da uva e a elevada produção de vinho. É provável que decorra daí o grande consumo de vinho nos festins populares e bacanais que, segundo os historiadores do século XIX, foram fatores concorrentes para a queda do Império Romano.

Elkis (1991) corrobora estas afirmativas, mas ressalta que, de 600 a.C. a 200 a. C., o vinho era escasso e caro na Itália e a recomendação em relação ao álcool era de severa moderação, para os homens e proibição para as mulheres.

A Inglaterra do século XVII, devido à proliferação de pontos de venda de bebidas, principalmente os fermentados, experimentou um período de “alcoholização” de seu povo.

Os nativos da América do Norte conheceram as bebidas alcoólicas através dos colonizadores europeus. Já os Estados Unidos da América, embora sua ambivalência frente ao problema, enfrentaram questões de cunho legal com o uso, a fabricação e o comércio de bebidas, que culminaram com a lei Volstead, em 1919, que determinava a abstinência total. Essa lei não resistiu muito e foi revogada algum tempo depois.

No Brasil, foi diferente. Os portugueses conheceram uma bebida fabricada pelos “índios”, o “cauim”, um fermentado produzido a partir da

mandioca cozida ou de sucos de frutas como o caju e o milho, que eram mastigados e depois postos à fermentar em vasilhas especiais e depois enterrados no chão por algum tempo. A bebida era ingerida em cerimônias religiosas ou em rituais de objetivos belicosos.

Os portugueses trouxeram vinhos, cervejas, aguardentes e outros destilados desconhecidos pelos “índios”. Pela sua alta graduação alcoólica, facilmente inflamável, serviu como instrumento para atemorizar os índios. Quando os portugueses desejavam sobrepor-se aos “donos da terra”, colocavam a bebida destilada em uma vasilha e prendiam fogo o que, para os nativos, tinha a representação do poder e do sobrenatural, pois “punham fogo na água”. (Vem daí o episódio que deu origem ao apelido de “Anhanguera” `diabo velho` a um bandeirante).

Outro fator que concorreu para a difusão do uso de destilados (aguardente) entre índios e negros escravos foi a instalação dos primeiros engenhos para a produção de açúcar de cana e aguardente em São Paulo, Rio de Janeiro e alguns estados do Nordeste. Juntamente com a população mais simples, os índios e escravos passaram a usar “cachaça” com fins medicinais ou para alegrar-se nos dias de festas religiosas ou feriados.

O uso de bebidas alcoólicas no Brasil não ficou só no âmbito dos trabalhadores dos engenhos, foi uma prática que se urbanizou e cresceu juntamente com o crescimento e desenvolvimento da população. Até hoje, ainda verifica-se que, nas reuniões festivas, nas festas populares, nas comemorações e em alguns rituais religiosos, o consumo de bebidas alcoólicas é abundante e, geralmente, com graves consequências.



### 1.2.2 - Caracterizando o alcoolismo como um problema de saúde

*“... Quando, exatamente em que ponto é que o rosa se transforma em vermelho? Distinguir entre o rosa inicial e o vermelho final não nos causa problema. O difícil é distinguir o momento em que o rosa não é mais rosa. Este é o problema que ocorre quando pensamos se alguém bebe normal ou é alcoolista . . . O tempo de interface entre o beber normal e o alcoolismo leva anos. É uma lenta passagem do rosa para o vermelho” Masur (1990).*

Esse tema vem desafiando os estudiosos de todas as culturas por vários séculos, não se sedimentando ainda uma linha conclusiva de diagnóstico e tratamento.

*“Ainda, a propósito de alcoólicos pelos italianos, Sêneca assinalou que certas pessoas não toleravam a ingestão de vinho, mas outras podiam beber excessivamente sem se embriagar; Plínio apontou aqueles que, começando a beber, não podiam interromper sob qualquer pretexto. Eram descrições de comportamentos pessoais, individuais, em face do álcool, verdadeiras histórias clínicas de alcoolismo de que a literatura universal está repleta” (Fortes, 1991:05).*

Os estudiosos contemporâneos desse tema, assim como Sêneca, procuram esclarecer por que algumas pessoas fazem uso de bebidas alcoólicas durante praticamente toda a vida e não apresentam sinais de alterações decorrentes do álcool; já outras começam a beber e aos poucos vão

modificando a sua maneira de relacionamento frente ao grupo social em que estão inseridas, quase sempre com alterações orgânicas. É mais comum, para autores como Lazo (1989), considerar um “organismo normal” aquele que poucos benefícios extrai da bebida e tem pouca capacidade de beber. Esse é chamado de “bebedor social”. Por outro lado, o “organismo anormal” (predisposto ao alcoolismo) extrai “grandes benefícios” da bebida, apresenta grande capacidade de consumo de álcool e pode apresentar dependência física<sup>1</sup> e psicológica<sup>2</sup>, separada ou concomitantemente.

O conceito de alcoolismo, segundo a Organização Mundial da Saúde (1978), continua sendo a base para a grande maioria dos que procuram definir e explicar essa síndrome.

*“Estado psíquico e também geralmente físico; resultante da ingestão de álcool, caracterizado por reações de comportamentos e outras que sempre incluem uma compulsão para ingerir álcool de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta; a tolerância ao mesmo tempo podendo ou não estar presente” (Bertolote, 1990:17).*

A definição da Organização Mundial da Saúde rerepresentada por Bertolote (1990) não contempla a possibilidade da herança genética como fator etiológico do alcoolismo. Atualmente, existem estudos com resultados que demonstram a influência genética como fator na gênese do alcoolismo primário. Dentre os autores dessa linha de pesquisa, Edwards (1987) entende

---

<sup>1</sup>Quando diminui o teor alcoólico do sangue, o indivíduo apresenta um desejo irremediável de beber, alterações do sono (insônia, sono agitado), anorexia, náuseas, tremores, principalmente nas extremidades, podendo evoluir para uma forma generalizada nos casos agudos e desinteresse por qualquer ação física.

<sup>2</sup>Necessita do álcool para sentir-se mais capaz e, na ausência deste, pode apresentar alterações da sensopercepção, tornar-se agressivo ou tendendo para o suicídio.

que a herança genética não deve ser desprezada no estudo das causas do alcoolismo, mas que a sua influência depende de outros fatores adicionais que atuam para estimular ou desestimular o indivíduo a beber demais. Masur (1990) refere-se a uma linha de estudos que aponta para o componente hereditário do alcoolismo baseado em trabalhos epidemiológicos realizados com gêmeos, tendo a frequência comparada entre gêmeos idênticos e fraternos. Schuckit (1991) fala da importância provável de fatores genéticos como causa do alcoolismo primário e diz que a taxa de concordância para o alcoolismo em gêmeos idênticos pode ser mais alta que em gêmeos não idênticos. Mais recentemente, Edwards e Lader (1994) afirmam que estudos envolvendo gêmeos e alcoolismo demonstram que há uma concordância maior em gêmeos monozigóticos do que em dizigóticos, sugerindo, portanto, um efeito genético significativo. Ressaltam, porém, que há críticas metodológicas quanto a tais estudos.

Concordo com esta observação final, porque os estudos apresentados enfocam experiências com pares de gêmeos e não apresentam dados como ação de fatores bioquímicos e metabólicos como facilitadores do alcoolismo.

Laranjeira (1998:17) posiciona-se diante desta questão e diz que:

*“Ninguém nasce dependente de nenhuma droga. O que ocorre é que a pessoa desenvolve uma relação com a droga que evolui para a dependência, isto é, há um processo gradual envolvendo a dependência. Não existe nenhum fator que determine, de forma definitiva, que pessoas ficarão dependentes do álcool, assim como nós não podemos saber, de um grupo de crianças ou adolescentes, quais fumarão cigarros a ponto de se tornarem dependentes da nicotina. Na realidade, uma combinação de fatores contribuíram para que algumas pessoas tivessem maiores chances de desenvolver problemas em relação ao álcool durante algum período de sua vida”.*

Edwards (1987) enfoca a questão do alcoolismo com uma certa cautela. Em primeiro plano, ele substitui o termo alcoolismo, também usado por alguns grupos de estudiosos como dependência ao álcool, por “síndrome de dependência do álcool”. Em segundo plano, propõe uma reflexão quanto ao diagnóstico e chama à atenção, dizendo que não se pode conceber a dependência como ‘ausente’ ou ‘presente’; propõe que se leve em conta as sutilezas da sintomatologia e, quando a presença for percebida, em que graus de comprometimento se encontra, considerando, ainda, aspectos individuais como traços de personalidade, forças ambientais ou condições sociais mais amplas.

A dependência significa, portanto, fundamentalmente uma relação alterada entre a pessoa e seu modo de beber.

Continuando a caminhada por essa zona não bem delimitada entre o bebedor sem problemas e o alcoolista, e considerando-se que o álcool faz parte das chamadas substâncias psicoativas trazendo, em pequenas doses, ao usuário uma sensação de prazer e bem-estar; e funcionando, em doses maiores, como um depressor, muitas vezes induzindo o sono. é provável que tais fatores sejam, em parte, responsáveis por essas diferenças entre o alcoolista e o bebedor sem problemas.

Masur (1990) postula que o alcoolismo não se estabelece como síndrome tão rapidamente. Diz que o indivíduo usuário do álcool pode levar vários anos para tornar-se um alcoolista. Esse processo foi ela denominado de interface entre o bebedor sem problemas e o bebedor com problemas. Para melhor compreensão, a autora formulou uma representação gráfica, expressa por uma faixa de três pistas direcionadas no mesmo sentido: considerando-se

a pista da esquerda como caminho livre para o bebedor sem problema, a pista do centro, a interface, na qual o bebedor aumenta as doses e a frequência e então a pista passa a apresentar alguns obstáculos; e quando passa para a pista da direita, os obstáculos são maiores e os problemas são de ordem social, orgânica, psicológica, configurando-se o alcoolismo.

Continuando, a autora defende a ideia de que o indivíduo poderá fazer o caminho inverso, isto é, passar da pista da direita para a do centro e desta para a da esquerda, o que significa dizer que o alcoolista pode voltar a ser um bebedor sem problemas.

Outros autores como Edwards (1987), Bertolote (1990), Lazo (1989), Schuckit (1991), Fortes (1991) não têm essa mesma compreensão, porque a maioria dos danos causados pelo alcoolismo são irreversíveis e até mesmo o fato de voltar a beber moderadamente é muito duvidoso.

Refletindo sobre a prática e a teoria, é possível dizer que ambas as correntes epistemológicas permeiam a realidade, haja visto que em alguns casos raros, o alcoolista volta a beber moderadamente. Entretanto, quando se trabalha com uma população constituída por pessoas de diferentes estratos sociais e que se constitui num grande grupo, é quase improvável fazer o caminho inverso, conforme propõe Masur (1990), isto é, depois de um tratamento o alcoolista voltar a ter controle sobre a maneira de beber. Se nos referirmos a pequenos grupos, ou na abordagem individual, considerando-se pessoas com boa motivação, boas condições de ego e bom suporte da estrutura familiar, é provável, entretanto, que ocorra uma mudança de estilo de vida e mudança da forma de se relacionar com o álcool.

### 1.2.3 - Uma visão dos nossos dias

Bissel (1991:47) diz que *“aproximadamente 70 por cento de todos os americanos adultos bebem. Algo entre 5 e 10 por cento destes são ou se tornarão alcoolistas.”* Continuando, o autor assinala que entre 20 e 60 por cento dos leitos para adultos em hospitais de cuidados gerais são ocupados por alcoolistas.

Já o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) (1994) reporta-se a uma pesquisa feita nos Estados Unidos, entre 1990 e 1991, com uma amostra de âmbito nacional, entre adultos não institucionalizados, com idade entre 15 e 54 anos, usando os critérios do DMS-III-R, com uma porcentagem de 14% que tinham dependência do álcool em algum momento de suas vidas, com aproximadamente 7% tendo apresentado dependência no ano anterior.

Schuckit (1991:80) afirma que: *“o álcool é uma droga muito atraente, pois seus efeitos imediatos em doses moderadas são prazerosamente percebidos pelo usuário”*, tornando-se um “fetiche”, símbolo de alegria e descontração.

O mesmo autor entende que, para o indivíduo não alcoolista e que não esteja usando medicação, seu uso em pequenas doses diárias pode aumentar a sociabilização, estimular o apetite, além de reduzir o risco de doença cardiovascular.

Vejo com reserva essa forma de focar a questão, haja visto que ainda não se conhece uma maneira de assegurar que esta ou aquela pessoa

nunca se tornará um alcoolista. Tenho encontrado nos alcoolistas um desejo, sempre expresso por parte deles, de um dia poder voltar a fazer uso do álcool moderadamente. Eles argumentam sobre os seus efeitos medicinais, entretanto, tenho dúvidas sobre essas “verdades”.

Não é raro pessoas que desenvolvem jornadas de trabalho em dois turnos, e que têm dificuldade para fazer uma refeição normal, procurarem substituí-la por uma quantidade regular de bebida alcoólica, de preferência destilada, por ser mais concentrada e oferecer uma maior quantidade de energia, mesmo sem atender às necessidades nutricionais. Autores como Silva e Carrilho (1991:88) afirmam que: *“um grama de álcool fornece sete calorias ‘vazias’, ou seja, fornece energia, mas não contribui para a nutrição”*.

Além desses aspectos, há ainda fatores que facilitam ao usuário desculpar-se e ser desculpado, quando perde o controle sobre a forma de consumo. Como já mencionado anteriormente, Lazo (1989) reporta-se à família que ajuda o seu alcoolista, cobrindo os cheques sem fundos, ajudando ou pagando as despesas do reparo no carro danificado, quando dirigia embriagado, e fazendo “vistas grossas” para os pequenos e médios delitos que se tornam rotineiros na vida deste.

Bissel (1991) lembra que existe no meio dos profissionais da saúde a idéia de que o médico não quer examinar o hábito de beber do paciente, porque existe uma relutância em examinar o seu próprio. Entretanto, faz uma ressalva quando diz: *“médico e paciente são, com freqüência, produtos da mesma cultura, uma cultura que nos treinou desde a infância para crer que o alcoolismo não é realmente uma doença, mas, em vez disso, um sinal de fraqueza”*.

Por fim, o judiciário, as empresas, os sindicatos e outras associações, na maioria dos casos, não têm programas especiais de prevenção e recuperação do alcoolista e não estão preparados para administrarem adequadamente os casos que emergem da comunidade.

A sociedade espera que essa seja uma função do sistema de saúde que, por sua vez, a entende como problema social, gerando-se um impasse que resulta em formas inapropriadas, não resolutivas e indignas de tratar os alcoolistas.

Nessa mesma linha de olhar o alcoolismo e refletir sobre ele, Silva (1996) diz que:

*“o paternalismo e a capacidade de tolerância, culturalmente determinados e verificados em nosso país, principalmente em grandes empresas, aliados à falta de conscientização de ser o alcoolismo uma doença que deve ser tratada e não desculpada e a desconsideração com os problemas que pode provocar têm contribuído, apenas, para a manutenção e progressão da doença e não para o seu tratamento e prevenção”.*

### **1.3. - Álcool e Sistemas Orgânicos**

No plano orgânico, os danos no tubo digestivo são descritos por Zeitune, Massuda e Bettarello (1991:76), os quais entendem que os efeitos do álcool fazem-se de modo evidente nesse segmento, por ser o primeiro a receber a elevada concentração de etanol; portanto, esofagites, alterações funcionais e inflamatórias do estômago e enterocolopatia podem estar relacionadas com a ingestão de álcool.

Os autores apontam, inclusive, para os achados de associação do alcoolismo com neoplasia maligna do esôfago, notadamente nos bebedores de

vinho e de cerveja. Afirmam que *“existe a probabilidade de freqüência 18 vezes maior de câncer de esôfago no alcoólatra, freqüência essa que se eleva para 44 vezes quando os alcoólatras são também tabagistas”*.

Gitlow e Seixas (1991) referem-se às complicações gastrintestinais, lembrando que o álcool produz um efeito irritante direto sobre as membranas mucosas e produz uma motilidade esofageana anômala e pressão esfínteriana diminuída após uma refeição com ingestão de álcool e que isso pode acarretar refluxo e “azia”.

No DMS-IV (1994), considerando ainda o aspecto gastrintestinal, são ressaltados os efeitos danosos do álcool, que incluem gastrite, úlceras gástricas ou duodenais, em cerca de 15% dos indivíduos que consomem álcool em grande quantidade, apontando também para o aumento da incidência de câncer do esôfago, do estômago e de outras partes deste segmento.

Apoiado nessas descrições, lembro que a diarreia crônica faz parte do quadro clínico do alcoolista e pode ser confundida com a síndrome de má absorção. No intestino grosso, pode acarretar inibição das ondas não propulsivas e estimulação das propulsivas. Parece existir também uma correlação significativa entre alcoolismo e câncer de reto.

Por outro lado, parece ser cultural a crença de que sempre que temos um alcoolista crônico, que faz uso intenso de bebidas alcoólicas, temos um cirrótico; mas essa idéia não corresponde à realidade, porque as complicações hepáticas decorrentes do alcoolismo também podem ser desencadeadas em indivíduos que fazem uso moderado do álcool.

*“Felizmente nem todos os alcoólatras desenvolvem doença hepática severa, mesmo quando bebem intensamente por muitos anos ou pela vida toda . Outros sucumbem após exposições muito menores” (Silva e Carrilho, 1991:88).*

Esses autores concordam que os pacientes que desenvolvem hepatopatia alcoólica são pouco dependentes do álcool; logo, não apresentam os sintomas tão coloridos da dependência e, portanto, são capazes de se manter bebendo por mais tempo.

Apesar das dificuldades em falar da verdadeira incidência, estima-se que somente 10 a 15% dos alcoolistas desenvolvem cirrose.

Giltow e Seixas (1991) abordam a questão do efeito físico frente à ingestão de grandes quantidades de álcool como sendo a infiltração gordurosa do fígado, resultando na lipogênese hepática aumentada, que é clinicamente descrita como hepatomegalia. Pode aparecer também uma discreta icterícia.

Barros e Galperin (1990), ao abordarem o tema, começam lembrando que a hepatomegalia, provavelmente, é o achado mais freqüente ao exame físico do alcoolista, mas que, na maioria das vezes, é assintomática. Já os casos de fibrose e cirrose, considerados mais severos, necessitam de exames mais apurados. Diferentemente do que foi dito acima, esses autores afirmam que entre 15 e 30% dos alcoolistas podem desenvolver cirrose hepática induzida pelo álcool.

Edwards (1987) chama atenção para o fato de que a cirrose hepática pode ser devida a outras causas, além do alcoolismo. Mesmo assim afirma que a cirrose está em 5º. lugar entre as causas de morte mais comuns em adultos entre 25 e 65 anos de idade que moram nos Estados Unidos e que cerca de 25% da população de alcoolistas, ao longo de vinte anos de ingestão

abundante, desenvolverá cirrose. Diz também que a cirrose resulta de um efeito tóxico direto do álcool sobre o fígado e que não existe uma correlação entre cirrose e deficiência nutricional.

Diferentemente da cirrose, a pancreatite não é com frequência relacionada ao uso do álcool. O próprio órgão, o pâncreas, não é tão facilmente localizado pelas pessoas comuns, como é o fígado.

Sabe-se que nem sempre as alterações do pâncreas, por exemplo as pancreatites, estão correlacionadas com o uso do álcool, porém cabe ressaltar que estão dentre as complicações de interferência mais significativa na qualidade de vida do alcoolista.

As pancreatites podem ser classificadas em agudas e crônicas. A forma aguda tem um aparecimento abrupto, com um quadro de hipertermia renitente, dor abdominal intensa, que se desenvolve em faixa, náuseas, vômitos e, às vezes, diarreia, que, na maioria das vezes, evolui para óbito. A forma crônica calcificante (PCC) tem, como principal fator etiológico, o álcool, conforme descrevem Guarita e Mott (1991). Numa pesquisa realizada com 400 indivíduos portadores de pancreatite crônica, os resultados foram altamente significativos, com uma porcentagem de 93,5% da amostra confirmando que o fator etiológico foi álcool.

As manifestações da PCC aparecem em média aos 40 anos de idade do indivíduo e os primeiros sintomas percebidos com maior frequência, consistem em dor recorrente na parte superior do abdome, podendo apresentar irradiações para as costas. Geralmente o quadro se completa com náuseas, vômitos e hipertermia. Esse quadro apresenta os sintomas durante um espaço de tempo que pode variar de uma a duas semanas e depois pode passar um longo tempo assintomático.

Alguns sinais comuns que poderão estar presentes no indivíduo portador de PCC são: a) emagrecimento, com freqüência relatado pelos indivíduo; pode ocorrer pela anorexia decorrente da dor ou pelo receio que o indivíduo tem de se alimentar, quando já experimentou a relação de algum tipo de alimentação com a dor; b) má absorção decorrente do parênquima exócrino lesado pela fibrose; c) diabetes, que aparece em estágios avançados da doença, por lesões em áreas específicas do pâncreas; d) icterícia discreta, apirética; e) a hemorragia digestiva, por decorrência de varizes no esôfago, secundária à hipertensão portal segmentar; f) tuberculose pulmonar, com uma incidência de 8,1%, o que provavelmente tem uma relação com as condições debilitadas do paciente.

Sob este enfoque, Edwards(1987:105) faz uma síntese:

*“...há a pancreatite aguda e também crônica, ou recorrente, com dor pouco intensa repetida ou contínua e uma destruição gradual do pâncreas levando à desnutrição (insuficiência de secreção de enzimas digestivas) ou à diabetes (insuficiência de secreção de insulina). A dor crônica e grave pode levar à dependência de opiáceos. Supõe-se que a pancreatite possa induzir uma doença psicótica transitória”.*

Na esteira de estudos sobre as complicações do álcool e as doenças do coração, autores como Edwards (1987), Gitlow e Seixas (1991), Barros e Galperin (1990) e Júnior, Barreto e Pileggi (1991) abordam esse tema, que parece ser uma das primeiras preocupações dos estudiosos do assunto acerca das complicações do álcool sobre o corpo. Parece não haver dúvidas sobre o efeito danoso do álcool no sistema cardiovascular, e a miocardiopatia alcóolica é a síndrome mais importante, pela progressiva hipertrofia e dilatação das câmaras cardíacas, com produção de sintomas mais freqüentes,

como fadiga e dispnéia, comumente de esforço. As arritmias, normalmente, antecedem a fibrilação atrial como um prenúncio da enfermidade.

A hipertensão está correlacionada com os efeitos tóxicos do álcool sobre o miocárdio. Portanto, as intoxicações agudas e o período inicial da abstinência podem determinar clinicamente um estado associado com anomalias do ritmo cardíaco.

No DMS-IV (1994:1142), sobre os achados ao exame físico e condições gerais dos indivíduos, é abordada a questão do consumo repetido de altas doses de álcool, com riscos de afetar quase todos os sistemas orgânicos. No que se refere aos problemas cardiovasculares, resumidamente temos que

*“uma das condições médicas associadas mais comuns é uma hipertensão de baixa densidade. Miocardiopatia e outras miopatias são mais comuns, mas ocorrem em uma proporção aumentada entre aqueles que bebem muito. Esses fatores, juntamente com aumentos acentuados nos níveis de triglicerídeos e colesterol de lipoproteína de baixa densidade, contribuem para um risco elevado de doença cardíaca”.*

No sistema nervoso, os efeitos do álcool, quase sempre, geram um certo debate entre estudantes de graduação e, muitas vezes, entre profissionais que não trabalham diretamente com pacientes alcoolistas. O álcool pode ser catalogado como estimulante do Sistema Nervoso Central (SNC), e isso é verdade quando for ingerido em pequenas quantidades, doses aquém do limiar de tolerância de cada organismo e que não esteja na fase de declínio da meia vida do efeito. Por outro lado, em doses que ultrapassem o limiar de tolerância do organismo, vai determinar um quadro de intoxicação (embriaguez) e, conseqüentemente, um estado de depressão ou sonolência.

Portanto, ao contrário da concepção popular, que entende que o álcool produz somente efeitos euforizantes e prazerosos, poder-se-ia dizer que ele é uma substância capaz de produzir um efeito bipolar.

Por ser o álcool uma substância lipossolúvel, ele é rapidamente absorvido no tubo digestivo e lançado na corrente sanguínea, que o leva a todos os tecidos irrigados do organismo. Na córtex cerebral, o álcool encontra um tecido ricamente vascularizado, o que propicia um rápido equilíbrio entre os níveis sanguíneos da droga e o tecido nervoso. Esse quadro afeta, de maneira direta, a produção intelectual do indivíduo, a capacidade crítica, a conduta e o funcionamento autônomo.

Chama bastante à atenção, sobre o portador de neuropatia ou neurite periférica, o aspecto físico do indivíduo, começando pelo andar inebriante e arrastado, fala pastosa, lentidão do pensamento, com referências de dores musculares nos membros superiores e inferiores.

Autores como Fernandes (1990) Edwards (1987), Gitlow e Seixas (1991) falam sobre esse aspecto do alcoolismo e entendem que a neurite periférica é uma das mais notáveis formas sintomáticas do quadro, porque tem um colorido de sintomas muito particular: aparece como um amortecimento progressivo, dor e parestesia nas pernas, também nos braços, fraqueza motora, geralmente bilateral. As extremidades inferiores, geralmente, são mais afetadas que as superiores. A diminuição da sensibilidade é do tipo luva e meia. É provável que o fator determinante seja a degeneração dos nervos sensoriais e motores dos membros, resultante de uma deficiência associada de vitaminas do grupo "B".

É comum, em alcoolistas que venham consumindo grandes quantidades de bebidas alcoólicas, quando desenvolvem um quadro de neurite

periférica, apresentarem sintomas severos e limitantes dos membros superiores e inferiores. Poderão atingir situações de incapacidade da autonomia motora que, em alguns casos, tendem a desaparecer quando tratados adequadamente e deixam de usar álcool. Existe, porém, a possibilidade de ficarem com seqüelas permanentes.

Para sumarizar, olhando pela lente clínica, o álcool tem sido motivo de vários trabalhos e publicações, principalmente num modelo médico tradicional, com descrições detalhadas da fisiologia e das complicações do álcool em cada sistema. O que fica a desejar são os estudos no plano social que, no meu entender, ainda são insuficientes para se estabelecer uma compreensão mais clara do problema.

Entendo que esse grande problema de saúde possa ser olhado e reconsiderado a partir do que já se conhece, com acréscimo de novos dados que fatalmente estarão sendo colocados à disposição dos estudiosos e pesquisadores do tema. Para tanto, basta pontuar-se aspectos já conhecidos e reconhecidos como decorrentes do álcool, como por exemplo: os neurológicos, com sérios prejuízos da qualidade de vida, representados pela neurite periférica e profunda; as encefalopatias, demência alcoólica; as pancreatites nas formas aguda e crônica; as cardiopatias alcoólicas; as hepatopatias alcoólicas; a inapetência funcional; a sensação de fadiga na musculatura esquelética; a alteração hormonal, na esfera sexual, com a diminuição da testosterona, pela ação direta nas gônadas, e, pelo comprometimento das fibras nervosas, a impotência sexual; quase sempre reversível; o aumento do ritmo, no aparelho cárdio-respiratório, quando em pequenas doses, sendo que em doses maiores, deprimem o SNC e diminuem ritmo; há um aumento na função renal, pela inibição do hormônio antidiurético

(HAD), com conseqüentes lesões nas estruturas e, mais tarde, com possibilidade de insuficiência renal. Tudo isso vem associado às alterações psíquicas decorrentes da inibição do juízo crítico, alteração do humor, idéias delirantes, confusão, lacunas amnésicas, culminando com franco delírio, alucinações e, às vezes, demência alcoólica, como já referimos anteriormente.

#### **1.4 - Representação Social**

A Representação Social, como perspectiva de estudo, tem se destacado nas últimas duas décadas com um foco teórico de estudiosos de várias áreas do conhecimento humano, pelas contribuições que traz ao atendimento da formação e consolidação dos conceitos e imagens socialmente veiculados e mantidos. Acrescenta-se a isso a idéia de que as pessoas elaboram socialmente as representações, tornando-se, assim, fatores importantes nas relações entre homem-sujeito social e o mundo, orientando a forma coletiva de interpretar os fatos, comunicando percepções e valores que se alteram de acordo com os grupos sociais, seus interesses e suas circunstâncias.

Durkheim (1996) foi o primeiro teórico a trabalhar o conceito de representações. Definiu-as como categorias de pensamento que expressam a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a

Esse autor chamou-as de “Representações Coletivas”, na medida em que essas categorias de pensamento explicavam como cada sociedade elabora e expressa a sua realidade. Esse conceito revela o pensamento funcionalista

do autor, quando vê a sociedade com seu poder coercitivo, quase que absoluto, sobre os indivíduos, impondo-lhes idéias e costumes.

Outros autores têm se referido às representações sociais de forma diferente, revelando cada um deles sua própria linha de pensamento. Assim, verifica-se que Schutz (1973) se refere às representações sociais como sendo um conjunto de abstrações, formalizações e generalizações de conceitos e de senso comum, construídos e interpretados a partir da vivência cotidiana.

Moscovici apresentou o conceito, em seu trabalho sobre Representação Social da Psicanálise (1978:26), dizendo que:

*“a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”.* Na esteira das argumentações sobre sua teoria (p.43), o autor diz que *“as representações sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnados”.*

Considerando-se que, para Moscovici (1978), as representações sociais deságuam na construção de um pensamento social no meio em que se desenvolvem as relações e a vida do indivíduo, podem, então, ser essas representações classificadas como um conceito situado na esfera do conhecimento da Psicologia Social, podendo ser, portanto, o objeto social do presente estudo, dos docentes e do ensino de Enfermagem.

O estudo das representações sociais tem se mostrado dinâmico e criativo. É provável que seja esse aspecto instigante e subjetivo da teoria que

induz os teóricos e pesquisadores brasileiros, como Spink e colaboradores (1993), Guareschi, Jovchelovich e colaboradores (1994), Lemos (1994), Sá (1996), Triguero, (1996), Nascimento-Schulze e colaboradores (1997), a discutirem e visualizarem novas possibilidades teóricas, tornando-as mais claras e aplicáveis nos vários momentos da pesquisa social.

Certamente, foi com esse intuito que Moscovici (1981:181) reapresentou o conceito de representação social com o seguinte formato:

*“por representação social nós queremos dizer um conjunto de conceitos, afirmações, e explicações originadas no decurso do quotidiano, no decurso das comunicações inter-individuais. Elas são equivalentes em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, elas podem até mesmo serem vistas como uma versão contemporânea do senso comum”.*

A opção em construir a tese de doutorado alicerçada na teoria da Representação Social, a partir de Moscovici (1978, 1981), deve-se ao fato de ser uma proposta de investigação sobre a percepção e o sentimento representados por docentes e estudantes de Enfermagem sobre o indivíduo alcoolista, procurando obter respostas geradas no cotidiano destes profissionais que traduzam o “senso comum”, não só desses profissionais, mas também das comunidades onde estão inseridos.

Moscovici (1978) aponta para a possibilidade de se estudar as representações sociais à luz de elementos afetivos, mentais, sociais, da linguagem e da comunicação, levando-se em conta as relações sociais de indivíduos e a sua realidade material. Esse aspecto da teoria forma o “encaixe” necessário para a mediação entre a teoria e a realidade da prática,

ou seja, pode indicar fatores de associação entre as estruturas de formação conceitual e atitudinal, oportunizando a proposição de estratégias adequadas ao problema tal qual se apresenta.

Na literatura avaliada, um lastro de pesquisas e dados é posto à disposição, oferecendo uma variedade de enfoques que vem contribuir e facilitar em outras pesquisas nesta linha, embora, como já aponte, na Enfermagem ainda não se possa ter facilmente acesso a estudos sob essa perspectiva.

Moscovici (1994), reportando-se às críticas sofridas por sua teoria ser vista como muito elástica e complexa, justifica-se, dizendo que *“para que uma teoria possa perdurar é necessário que ela seja suficientemente elástica e complexa. Estas qualidades lhe permitem modificar-se em função da diversidade dos problemas que ela deve resolver e dos fenômenos novos que ela deve descrever ou explicar”*.

O mesmo autor (1981:01) considera que as representações sociais são um *“conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no decurso de comunicações inter-individuais”*. Para ele, essas representações podem ser considerados como uma visão contemporânea do senso comum.

Jodelet (1989) amplia o conceito de representações sociais de Moscovici, no sentido de chamar atenção para o fato de que elas também dizem respeito a comportamentos, via integração dos fatos, das rotinas e da experiência imediata dos indivíduos sociais.

Analisando-se os conceitos de representações sociais, pode-se compreender que o estudo das mesmas resgata e valoriza o saber popular entendido como um estoque mínimo de conhecimento, que permite às pessoas

se orientarem e se movimentarem dentro dos seus contextos de vida. Por outro lado, a ciência, em sua forma dominante, analisa a validade de forma diferenciada. Quando a academia se propõe a estudar as representações sociais, está dando um passo no sentido de diminuir a lacuna existente entre o saber acadêmico e o saber popular.

É neste ponto que se pode constituir uma conexão social entre o profissional Enfermeiro e o indivíduo que se tornou alcoolista, porque é muito provável que ambos tenham convivido ou estejam convivendo com o mesmo tipo de representação social. Nesse caso, o esperado é que o profissional tenha um farto repertório de informações científicas, para construir para si próprio e para ajudar a construir novas imagens sobre o alcoolismo, produzindo alternativas terapêuticas profissionais.

O ato de representar é dinâmico e envolve os sujeitos atores e suas construções mentais em torno do objeto sobre o qual se constroem as representações e o meio (social econômico, político, cultural) no qual se dá a relação entre ambos, sendo também fonte de representação e de recriação desta.

Em relação aos sujeitos, Moscovici (1981) diz que, longe de serem somente receptores e reprodutores pessoais de ideologias dominantes, produzidas e veiculadas por classes sociais, através da igreja, do estado, da escola e até outras instituições, há a opção autônoma, de modo que eles constantemente estão produzindo e comunicando representações que compartilham, comparecem e reestruturam. Exemplificando, o autor diz que as pessoas na rua, nos cafés, nos seus locais de trabalho e outros, estão sempre fazendo colocações críticas, comentando e fermentando filosofias

espontâneas que têm influência decisiva sobre suas relações, suas escolhas, enfim, sobre suas vidas.

O segundo ponto a ser considerado no ato de representar é o objeto, tão importante que os autores estudados consideram que não ocorre o ato de representar sem o objeto. Jodelet (1989) assinala os tipos possíveis de objeto da representação, considerando que estes podem ser uma pessoa, uma coisa, um acontecimento físico ou social, um fenômeno natural, uma idéia ou uma teoria. Pode ser também real, imaginário ou mítico, mas é sempre necessário um objeto que, no caso desta proposta, é o alcoolista, sobre o qual se constroem imagens.

O terceiro ponto envolvido na construção das representações sociais é o que confere o qualificativo de social. Para Jovchelovitch (1994), as representações sociais não teriam qualquer utilidade em um mundo de indivíduos isolados, ou melhor, elas não existiriam. São, portanto, construídas na extrapolação do espaço individual, quando o sujeito vai além de sua individualidade, para situar-se no espaço público, na vida social. É dessa forma que influenciam comportamentos dos grupos que compartilham das mesmas representações.

Moscovici (1981) considera que, na sociedade atual, convivem dois universos, o consensual e o reificado. No universo consensual, a sociedade é feita de indivíduos de igual valor, livres para se agruparem segundo interesses comuns, o que cria núcleos de estabilidade e formas habituais de se fazer coisas. Cria-se, assim, uma comunidade de significados entre aqueles que dela participam e, portanto, fica estabelecida a representação social. No universo reificado, a sociedade é compreendida como sendo composta por entidades sólidas, fundamentais e inevitáveis e onde particularidades e entidades

individuais são desconsideradas. Aqui se insere, entre outros, o conhecimento científico. Seguindo o que propõe a teoria, o objetivo da representação é sempre o de transformar algo, ou melhor dito, é ressignificar algo que já existe para torná-lo parte do mundo cotidiano.

Para sumarizar, a teoria da representação social, além do seu aspecto descritivo, apresenta dois pontos de sustentação, ou seja, a objetificação e a ancoragem. Jodelet (1989) considera a objetificação como simbolização e a ancoragem como a interpretação do sujeito. Neste trabalho, doravante, utilizarei simplesmente objetificação e ancoragem, por serem ambas de uso mais freqüente nos estudos sobre representações sociais. Objetificar significa, para Moscovici (1978, 1981), “domar o desconhecido”. Cada representação realiza, literalmente, um grau diferente de objetificação, que corresponde a um grau de realidade. Esses níveis não têm existência independente; eles são criados e mantidos por grupos e desaparecem neles. Objetificar significa, também, condensar significados diferentes, inaudíveis e inescrutáveis em uma realidade familiar. Ao assim fazerem, os sujeitos sociais tornam o real concreto para eles mesmos, através de um quadro de referências próprias.

O processo de ancoragem traz para categorias e imagens conhecidas o que ainda não está classificado e rotulado. O primeiro passo é atribuir ao objeto ou à pessoa desconhecida uma categoria preferida, rotulando-os com uma palavra que pertença ao nosso rol de categorias conhecidas. Nesse momento, as características espaciais, temporais e simbólicas do objeto recém apropriado são esquadrihadas em relação a categorias conhecidas, que se tornam âncoras, que fixam o novo ao universo antigo, até que possa ser reconhecido sem auxílio de elementos assimilados anteriormente.

A ancoragem enraíza a nova representação, inscrevendo-a em quadros anteriores, já conhecidos. Em outro sentido, concomitantemente ao anterior, possibilita instrumentalizar o novo saber, conferindo-lhe valor funcional, que vai guiar a gestão do indivíduo no meio social.

Jodelet (1989) considera que, ao categorizar o que não está categorizado e nomear o que não está nomeado, já se estaria representando. A lógica desse processo torna a neutralidade impossível, pois requer que a cada objeto seja atribuído um valor, positivo ou negativo.

Frente ao exposto, permito-me dizer que as representações sociais são tão abrangentes que um vasto elenco de disciplinas pode ser estudado e investigado, usando os princípios da teoria. Por outro lado, como a Jahoda (1988), preocupam-me alguns aspectos decorrentes da essência do ser humano, que podem de alguma forma permear a análise do investigador, embora essa questão ainda represente uma divergência teórica em relação à proposta de Moscovici, que foi desenvolvida por Jodelet, o que por si só coloca o problema num terreno movediço de interrogações, mesmo que ainda retenha seu valor como arcabouço teórico-metodológico para estudos em que se procura o reconhecimento de relações entre o pensado, o compreendido e a ação.

### **1.5 - Questões de Formação Profissional**

O objetivo deste estudo está na busca da representação que os docentes enfermeiros têm do alcoolista, porque entendo que o convívio estreito que se estabelece entre “professor e aluno” poderá determinar uma

linha de conduta junto ao indivíduo portador do alcoolismo na vida profissional. E é provável que, no bojo desses acontecimentos, esteja a possibilidade para a aproximação entre a teoria e a prática.

A vivência como docente, através da minha observação pessoal, tem demonstrado que existe uma visão estereotipada, quase sempre negativa, dos docentes enfermeiros a respeito do alcoolista. Isso acontece, possivelmente, por dificuldades em identificar e reconhecer o fato como mais uma doença de caráter bio-psico-social.

Em meu trabalho acadêmico, tenho me referido ao alcoolismo como um grande problema médico-social, não só em relação à assistência à saúde para os indivíduos em fase de intoxicação aguda, de intercorrências clínicas, de acidentes de trânsito e de trabalho e de outras formas de manifestações e sintomatologia produzidas pelo alcoolismo, como também em relação aos custos dos benefícios a que os segurados têm direito, quando afastados do trabalho por motivo de doença. Por essas razões, tenho sugerido que medidas urgentes sejam tomadas, tais como restringir a propaganda e a venda indiscriminada de bebidas alcoólicas e desencadear campanhas permanentes de divulgação do problema alcoolismo e seus conseqüentes danos ao indivíduo, à família e à sociedade.

Na dissertação de mestrado, época em que eu acreditava e defendia a idéia de que o alcoolista deveria ser tratado somente por técnicos da área da psiquiatria, o estudo retrospectivo com 355 alcoolistas, egressos de um hospital psiquiátrico de médio porte, proporcionou-me conhecer, dessa amostra, a média de internações, o diagnóstico e as intercorrências associadas, a freqüência nos grupos terapêuticos, o grau de escolaridade e a média de idade destes indivíduos (Assunção, 1983).

Tais dados não tiveram relevância para uma análise estatística, porque não era o objetivo da pesquisa, todavia oportunizou a formulação de uma proposta para testar e estabelecer uma metodologia de atendimento em grupo, para pacientes alcoolistas, numa ação do enfermeiro psiquiátrico como terapeuta, dentro da filosofia e dos ensinamentos da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica.

A metodologia utilizada buscava bases em diversas orientações terapêuticas da Psicologia, e foi testada numa instituição hospitalar, durante o período de nove meses, abrangendo uma população de 355 alcoolistas, dentre o universo de 1300 internados no mesmo período, pelas diversas psicopatologias, numa faixa etária variando de 10 a mais de 65 anos, de ambos os sexos.

Na população estudada, incluíam-se desempregados, tarefeiros, operários, funcionários públicos e profissionais liberais, com escolaridade que variava desde o analfabeto ao bacharel, com predominância dos estratos de níveis sócio-culturais e econômicos mais baixos.

O estudo revelou a validade de o profissional enfermeiro realizar ações em grupos terapêuticos, bem como demonstrou mudanças ocorridas na comunidade técnico-científica da instituição, porque, até então, qualquer ação terapêutica era da exclusiva responsabilidade do médico. Modificou-se a metodologia de trabalho, com conseqüentes benefícios à clientela.

Frente a essas considerações, concluí que a metodologia proposta foi satisfatória, podendo, entretanto, ser reavaliada e reformulada, recomendando-se que os profissionais enfermeiros de todas as áreas de atuação procurem desenvolver conhecimentos, técnicas e metodologias de atendimento aos

alcoolistas, individualmente ou em grupos, a fim de abranger um maior número de indivíduos na comunidade onde atuam.

Araújo (1983) realizou um estudo na grande Porto Alegre, RS, com 17 alcoolistas de ascendência brasileira e 17 de não brasileira (alemã e italiana), sobre a doença alcoolismo. Embora não tenha sido construída para uma análise representacional, apresenta elementos que apontam na direção das representações que os próprios alcoolistas têm da doença e das suas conseqüências.

Para melhor ilustrar o aspecto descrito, vou listar os achados que a autora apontou em sua dissertação:

- *“muitas pessoas são afetadas pelo alcoolismo;*
- *o alcoolismo tem seu início na adolescência;*
- *não há influência da bondade ou da maldade das pessoas na susceptibilidade ao alcoolismo;*
- *há possibilidade (de média a grande) de se morrer por alcoolismo;*
- *o alcoolismo progride lentamente;*
- *o alcoolismo é uma doença suja;*
- *o alcoolismo é uma doença vergonhosa;*
- *o alcoolismo é uma doença conhecida;*
- *é difícil se evitar o alcoolismo;*
- *o alcoolismo, freqüentemente, causa desajuste familiar;*
- *o alcoolismo, freqüentemente, é causa de desajuste no relacionamento social;*

- *o alcoolismo, freqüentemente, causa incapacidade para o trabalho;*
- *o alcoolismo, freqüentemente, causa acidente de trânsito;*
- *o alcoolismo causa perda do juízo (às vezes a freqüentemente). ”*

Pode-se considerar que os dados apontam tanto na direção de dimensões nosológicas, quanto de dimensões representacionais, quando expõe aspectos psico-biológicos e socioculturais do alcoolismo.

Quando eles dizem que “muitas pessoas são afetadas pelo álcool”, certamente estão falando da sua experiência como alcoolistas e de suas observações dentro do grupo social em que vivem, das considerações feitas nos bares e nas conversas de esquina, quando, geralmente, falam daqueles que estão apresentando sintomas agudos da doença ou estão com dificuldades nas relações de trabalho e sóciofamiliares. Estes, geralmente, são “usados” como paradigmas para as comparações que procuram demonstrar que alcoolistas são os que apresentam tais sintomas e, portanto, estão ainda dentre os que não são doentes.

“O alcoolismo tem início na adolescência”: é uma verdade, se for considerado que não existe um momento específico que determine o início do alcoolismo; e, geralmente, é nesse período da vida que as pessoas experimentam os primeiros contatos com as bebidas alcoólicas. Como, muitas vezes, depois da primeira prova, o consumo passa a ser contínuo, é compreensível que exista a representação do alcoolismo associado à adolescência.

Sabe-se, portanto, que não existe um período específico da vida, em que as pessoas tornam-se ou não alcoolistas; isto é, o alcoolismo pode se manifestar em qualquer momento da vida do indivíduo.

“Não há influência da bondade ou da maldade das pessoas na susceptibilidade ao alcoolismo”: nessa resposta, pode-se verificar que os respondentes tangenciaram a questão qualitativa do ser alcoolista e refletem como o grupo social os classifica, em bons e maus.

Entendo que não se deva generalizar essa forma com que se apresentam os dados, dizendo que é assim que a sociedade vê o alcoolista. Entretanto, no meu entendimento, existe um índice significativo de pessoas que entendem o alcoolismo como um defeito de personalidade; daí, os estereótipos e as discriminações.

“Há possibilidade de se morrer por alcoolismo”: considero este dado como uma representação que a sociedade, como um todo e a ciência, têm do alcoolismo: ele causa vários danos na vida do indivíduo e culmina com a morte.

Associo-me ao que dizem os informantes e vou além, afirmando que a morte nem sempre significa o evento físico. O que se observa em muitos casos é o alcoolista desistindo de viver, fato demonstrado pelo seu desinteresse diante da sociedade, da família e, principalmente, diante de si próprio.

“O alcoolismo progride lentamente”: esta observação corresponde não só a uma representação que os respondentes têm a respeito do alcoolismo, mas também a uma realidade observada pelos pesquisadores e especialistas que escrevem a respeito do tema.

“O alcoolismo é uma doença suja; o alcoolismo é uma doença vergonhosa; o alcoolismo é uma doença conhecida”: ao agrupar essas três respostas, o intuito é mostrar como os respondentes percebem o fato de o alcoolismo ser uma doença e falam dela, qualificando-a de acordo com as representações que carregam como bagagem tirada do seu grupo social e, muito provavelmente, pelas discriminações sofridas que os levaram as suas próprias conclusões.

“O alcoolismo, freqüentemente, causa desajuste familiar; o alcoolismo, freqüentemente, é causa de desajuste no relacionamento social; o alcoolismo, freqüentemente, causa incapacidade para o trabalho”: essa tríade representacional demonstra bem como o alcoolista é visto e, nesse caso, como eles próprios se percebem em relação a sua própria caminhada. Estas afirmações podem ser encontradas em quase toda a bibliografia que se propõe a abordar a questão do alcoolismo, e isso se apresenta de maneira mais enfática quando nos defrontamos com realidades específicas.

“O alcoolismo freqüentemente causa acidente de trânsito; o alcoolismo causa perda do juízo”: ao relacionar acidente de trânsito com alcoolismo, os respondentes estão assinalando uma realidade do cotidiano, no qual esse fato é comentado em várias instâncias da vida social. Por sua vez a imprensa tem se preocupado em divulgar e deflagrar campanhas relacionadas a alcoolismo e acidentes de trânsito. Entendo que a perda do juízo refere-se a todas as impropriedades cometidas por pessoas, quando estão sob o efeito do álcool.

Nessa breve reflexão sobre o que disseram os informantes, pode-se concluir que existe uma relação de coerência entre o que tem se encontrado na literatura especializada, nos dados que estão subsidiando esta tese e muito

especialmente com a experiência de fatos que tenho vivenciado ao longo do meu trabalho com alcoolistas.

Esses dados serviram para a análise da pesquisa, demonstrando que 100% dos indivíduos de ascendência brasileira acham que o álcool causa muito mal-estar, pensam na sua doença e fazem esforço para evitá-la.

Os indivíduos de ascendência não brasileira apresentaram uma porcentagem de 70% de crença que o alcoolismo causa muito mal-estar.

É provável que essa diferença de percentual seja decorrente dos fatores culturais, que trazem como hábito o uso do vinho pelos italianos e da cerveja pelos alemães.

O que ficou evidente no trabalho de Araujo (1993) foi a preocupação com os aspectos socioculturais e as medidas preventivas necessárias para a Enfermagem lidar com o alcoolismo, além da recomendação para outros estudos, considerando a perspectiva social do alcoolismo.

Merlos (1985), para a sua Dissertação de Mestrado “Aceitação e rejeição do alcoolismo: um estudo com alunos de Enfermagem”, aplicou um instrumento de pesquisa, durante dois anos, em turmas de alunos que estavam cursando a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica.

O aluno, sem interferência direta do pesquisador, escolhia dentre o universo de pacientes internados no Hospital Psiquiátrico, qual a psicopatologia que desejava estudar e que paciente portador desta iria acompanhar. A escolha era discutida e justificada por parte do aluno.

Dessa maneira ocorreu, de forma natural, a seleção de cuidadores e pessoas a serem cuidadas. O resultado, como já esperava o pesquisador,

apresentou maior índice de rejeição ao paciente alcoolista por parte dos estudantes.

No decorrer do trabalho, Merlos (1985:44) chama a atenção para o pouco conhecimento do profissional enfermeiro sobre o alcoolismo. Aponta, como uma possível melhora no atendimento, uma revisão nos programas de ensino de Enfermagem por parte dos professores responsáveis. Tem, porém, uma visão sobre as dificuldades do enfermeiro em aceitar e prestar cuidados ao paciente alcoolista como sendo decorrentes de:

*“sintomas de negação, recaídas, promessas quebradas de parar de beber, deterioração física e mental não estão sendo vistas como parte da doença alcoolismo, mas como evidências maiores de rejeição para com o alcoolista. Independentemente de serem pessoas da família do enfermeiro ou pacientes sob seus cuidados o resultado sempre é o mesmo: rejeição ao alcoolista. Muitos outros profissionais da área da saúde compartilham dessa visão.”*

Vejo como pertinentes as colocações acima, pois parece ser assim que ocorre a dinâmica do relacionamento e da comunicação dos profissionais da saúde com o indivíduo alcoolista. Como já assinalei anteriormente, o alcoolista passa uma mensagem contraditória sobre a sua maneira de viver e de ver a vida.

Silva (1996:11), ao construir sua dissertação de mestrado, declara que procurou fortalecer e melhorar o suporte teórico sobre alcoolismo e família, porque entende que a base teórica é essencial para uma ação prática do Enfermeiro adequada e provavelmente bem sucedida para a realidade social em que este profissional está inserido.

Essa autora, quando trabalhava na elaboração da tese, declarou que, para viver esse processo, precisou “*distanciar-me daquela prática assistencial caracterizada pelo imediatismo da execução direta e contínua da assistência, que ocupa o tempo, sem deixar espaço para a reflexão*”. Essa maneira de pensar e reagir diante da realidade de docente deixa um espaço para o questionamento de quando e como se pode associar a assistência, o ensino e a pesquisa em projetos não fragmentários.

Considero a pesquisa de ampla relevância para a comunidade acadêmica e para quem trabalha ou deseja trabalhar com alcoolistas, em vista da sua preocupação com aquele segmento que mais sofre, por sofrer junto com o alcoolista e em todos os momentos da doença, ou seja, a família. Essa mesma família, em algumas situações, é quem concorre para o alcoolismo de seus membros mais fragilizados e predisponentes à doença. Por outro lado, presta ajuda, procura soluções e representa um ancoradouro num porto seguro. Diante dessas possibilidades, poderá se estabelecer uma convivência de relações ambivalentes, polarizadas pelos sentimentos de amor, ódio e compaixão.

Diniz (1997) procurou conhecer o universo de significados de grupos familiares que convivem com um membro alcoolista, respeitando a dinâmica familiar estabelecida e desenvolvendo um enfoque educativo, tendo como referencial Paulo Freire. Para isso, relata os aspectos de uma pesquisa participativa, tendo como foco três famílias com história de alcoolismo, residentes num bairro de uma cidade litorânea do Estado de Santa Catarina.

A técnica usada constituiu-se, num primeiro momento, em promover três encontros das famílias com problemas de alcoolismo para conhecer o universo vocabular dos seus membros. A seguir, ocorreram dez encontros

com o grupo formado pelo pesquisador e pelos membros das três famílias. Todas as falas foram gravadas e posteriormente decodificadas, constituindo-se em material empírico. O fio condutor desse trabalho consistia em discutir o processo educativo para a saúde, certamente trazendo para o autor experiência e muita inquietação, por vivenciar uma realidade que não é comum aos docentes de Enfermagem. Ele transitou do campo teórico para o da prática e fez o mesmo caminho de volta. Pode-se dizer que esse trajeto certamente irá desaguar numa melhor maneira de ensinar e assistir pessoas que padeçam dos danos causados pelo uso inadequado do álcool.

No artigo de Diniz e Rufino (1996), “A influência da crença dos enfermeiros na comunicação com o alcoolista”, os autores preocuparam-se com um aspecto muitas vezes esquecido ou julgado não importante, ou seja, o do enquadre terapêutico.

O alcoolista traz, além do problema específico, a possibilidade de uma série de complicações associadas, que determinam uma ampla variedade de sintomas, principalmente quando as complicações são relativas a alteração de caráter psiquiátrico. Nessas situações, a comunicação com uma linguagem adequada, clara, livre de preconceitos e de estereótipos ajuda na abordagem com o alcoolista, facilitando também a sua adesão ao tratamento.

Para eles, não é somente a linguagem, instrumento da comunicação verbal, que determina o sucesso ou insucesso no tratamento do alcoolista. O saber ouvir, compreender as angústias, devolver com segurança a resposta às questões que são apresentadas como situações traumáticas para o paciente, faz parte da habilidade do terapeuta, que, no caso desta pesquisa, é o docente-enfermeiro.

Para Stefanelli (1993:92),

*“...ouvir reflexivamente é o ponto chave para atender o paciente, ou seja, para que este se envolva no processo de relacionamento terapêutico. Ao ouvir o paciente, precisamos estar atentas para não julgar o conteúdo do pensamento que é expresso, concentrar toda a nossa atenção no cliente, pensar reflexivamente sobre o que ele diz, tentar compreender o que está sendo dito”.*

Alto-me ao que essa autora pontuou em todo o seu livro e ao que foi apresentado no artigo de Diniz e Rufino (1996), para ressaltar que a comunicação terapêutica constitui-se num valioso instrumento para o enfermeiro desempenhar melhor suas atividades e proporcionar aos usuários dos serviços de Enfermagem uma melhor qualidade da assistência.

É provável que o leitor já tenha percebido, mas mesmo assim cabe ressaltar que esse estudo tem um foco nitidamente regionalizado no Sul do Brasil embora eu tivesse, por decisão consciente, procurado, na medida do possível, trabalhar com a literatura nacional.

Na busca de bibliografia específica de estudos de enfermeiros acerca do alcoolismo, encontrei pouco material catalogado nessa área. Esse dado é mais um indicador de que a pesquisa sobre o alcoolismo feita por enfermeiros ainda pode ser vista como incipiente.

De antemão, os vazios no conhecimento da Enfermagem sobre a questão do alcoolismo parecem indicar uma fraca importância do tema como objeto de investigação. Disso decorre a constatação inquietante de que seus docentes raramente se interessaram pelo problema. É provável que não o considerem também como conteúdo importante a ser focalizado na formação profissional.

## CAPÍTULO III

### METODOLOGIA

A questão metodológica é sempre crucial para o desenvolvimento de pesquisas, traduzindo-se como núcleo do processo investigativo. A delimitação do problema, as técnicas, uma teoria sustentadora e a experiência do autor em relação à temática são partes vinculadas que, a depender das escolhas feitas, podem ou não fornecer precisão, objetividade e consistência ao trabalho pretendido.

Em relação a pelo menos um dos aspectos, qual seja o da experiência na área, posso dizer que resultou em um espaço de tranquilidade, no qual pude assentar as bases do processo dedutivo-inferencial, muitas vezes para reapresentar uma realidade conhecida.

Quanto ao problema, ele surgiu dessa mesma experiência, escancarada na atividade docente. Todas as vezes em que eu era chamado para prestar cuidados a pessoa alcoolista, estampava-se a realidade, que os enfermeiros-docentes sentiam-se desarmados ou bloqueados para tratar com esse paciente.

Provavelmente, o maior desafio foi em relação à Teoria das Representações Sociais, porque se constituía em novidade. Foi necessário muito estudo e, mesmo assim, ainda senti algumas inseguranças, quando precisei avaliar os dados à luz dos conceitos nela contidos.

Inicialmente, para demarcar alguns aspectos do conteúdo programático que vem sendo desenvolvido nos currículos dos Cursos de Enfermagem, os quais serão abordados no decorrer do trabalho, solicitei, junto aos Departamentos envolvidos na pesquisa, os programas das disciplinas em que essa temática era tratada.

A solicitação foi encaminhada às chefias de Departamento ou à Direção dos Cursos que, provavelmente providenciaram, junto aos docentes envolvidos na disciplina, o material referente ao conteúdo programático (ANEXOS 3) da Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental.

Na coleta dos dados junto aos informantes, usei a técnica de entrevista gravada, seguindo um roteiro (ANEXO 1) previamente elaborado e testado com cinco respondentes de uma universidade privada do Estado de Santa Catarina, cujas respostas, a partir de estímulo verbal (perguntas aliciadoras de respostas), foram transcritas na íntegra e organizadas para permitir repetidas leituras.

A trajetória para a coleta de dados junto às Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) previamente selecionadas, consistiu em diversos passos relatados a seguir.

Foram escolhidos, para participarem do estudo, os seis cursos de Enfermagem das Universidades Federais do Sul do Brasil: Universidade Federal do Paraná - UFPr, Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS, Fundação Universidade do Rio Grande - FURG, Universidade Federal de Pelotas - UFPel e Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, porque essas Instituições constituem a Rede de Pós-Graduação em Enfermagem da Região Sul (REPENSUL). Com um total de 54 respondentes, correspondendo a 9 em

cada Unidade, sendo um estudante do último período e um docente de disciplinas consideradas do bloco profissionalizante, ou seja, Enfermagem Pediátrica, Enfermagem em Traumatologia, Enfermagem em Emergência, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Saúde Pública, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem em Clínica Médica e Enfermagem Psiquiátrica.

Embora pareça estranha, a inclusão especialmente da Enfermagem Pediátrica e da Enfermagem Obstétrica, o motivo pelo qual se estabeleceu relação entre essas disciplinas e o alcoolismo está no fato de haver conseqüências sobre crianças, seja pelo baixo peso ou sinais de dependência de bebês filhos de mães alcoolistas, seja pela agressões sofridas por parte de familiares alcoolistas.

Encaminhei ofício a cada chefe de Departamento ou Diretor das Instituições selecionadas, explicando as razões da pesquisa e apontando as áreas de investigação. Após o documento escrito, sucederam-se vários contatos telefônicos para esclarecer algumas dúvidas, complementar dados e ajustar datas. O aceite das Instituições foi expresso através de ofício ou por “fax”.

No geral, os Departamentos se organizaram em torno de uma planilha de disponibilidade de tempo dos docentes informantes da amostra, de maneira que houve um trabalho continuado na coleta dos dados, permitindo que o tempo gasto nessa etapa fosse menor que o previsto no cronograma. A escolha foi proposital, buscando-se informantes disponíveis e interessados.

Os colegas mostraram-se sempre muito interessados pelo tema e dispostos a ajudar, dando as informações solicitadas, muitas vezes enriquecidas por relatos de vivências do cotidiano, tanto no exercício da

profissão, como no papel de cidadãos que vivem e convivem numa sociedade consumidora de bebidas alcoólicas.

Como pessoa, fui sempre muito bem recebido, digo que até com carinho e atenção, muitas vezes em detrimento de compromissos formais dos colegas que se dispuseram a ficar além do tempo previsto. Outros procuravam ficar juntos nos horários de almoço. Enfim, foi um momento muito bom deste trabalho, o convívio e as trocas com colegas de outras formações e de outras realidades acadêmicas.

## **1 - Procedimento nas entrevistas**

Para a realização das entrevistas, segui os procedimentos que passo a descrever:

Numa abordagem inicial, apresentei ao respondente os objetivos da pesquisa, o compromisso quanto ao seu resguardo ético e a possibilidade de ele abandonar a pesquisa em qualquer momento, se assim o desejasse. A todos foi solicitada a permissão para o uso do gravador para o registro das falas, não havendo nenhuma objeção quanto ao uso desta técnica. Por outro lado, por sugestão de alguns informantes e por uma conduta comum nas pesquisas dessa natureza, estabeleceu-se um compromisso no sentido de que, tão logo esta tese seja concluída e aprovada, eu volte às Instituições já mencionadas para, num encontro aberto e previamente combinado, apresentar os resultados e até mesmo ouvir os informantes e outros colegas quanto às conclusões. Será uma forma de retroalimentação.

As entrevistas ocorreram em salas pertencentes ao complexo da área física das Instituições que participaram da pesquisa, com boas condições de trabalho, sem interferência de ruídos e outros elementos externos, num clima cordial, com características informais. Em muitos momentos, foi possível perceber o interesse dos informantes com o tema que estava sendo abordado.

As entrevistas seguiram sempre uma ordem de estímulos verbais (questões aliciadoras de respostas) e foram gravadas em fita cassete com duração média de 30 a 40 minutos. As fitas gravadas encontram-se em meu poder, guardadas por um tempo que corresponda à recomendação ética de pesquisa.

Os conteúdos constantes nas referidas fitas foram transcritos na íntegra, e com eles passei a trabalhar no sentido de construir a análise dos dados correspondentes.

Depois de ler várias vezes o conteúdo das entrevistas, os dados foram agrupados em quatro temas, como se verá a seguir, com distribuição em categorias e subcategorias.

Das entrevistas transcritas, com as leituras e releituras, foram identificadas falas dos respondentes que foram consideradas significativas e se constituíram em fragmentos de falas sobre o tema alcoolismo, denominados unidades de registro.

Cada entrevista recebeu um código identificador segundo a sua origem, tal como decodificado abaixo:

**a) Instituições formadoras:**

I - Universidade Federal do Paraná - UFPr;

II - Fundação Universidade do Rio Grande - FURG;

III - Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC;

IV - Universidade Federal de Santa Maria - UFSM;

V - Universidade Federal de Pelotas - UFPel;

VI - Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

**b) Área de docência:**

Enfermagem Pediátrica - EP;

Enfermagem Traumatológica - ET;

Enfermagem em Emergência - EE;

Enfermagem Obstétrica - EO;

Enfermagem de Saúde Pública - ESP;

Enfermagem Médico-Cirúrgica - EMC;

Enfermagem em Clínica Médica - ECM;

Enfermagem Psiquiátrica -EPs.

**c) Atividade desenvolvida:**

Estudante - E;

Docente - D.

**d) Ordem da entrevista:**

De 01 a 54, respectivamente para cada entrevista. Assim, o registro EPs-D1 corresponde à primeira entrevista, realizada com docente da disciplina Enfermagem Psiquiátrica.

**1.2 - Procedimentos analíticos**

Os registros de fragmentos das entrevistas (unidades de registro) foram agrupados quando se referiam a um mesmo tema, originando os quatro grandes temas:

Tema 1 - Contato com o alcoolista;

Tema 2 - Relação entre conhecimento e prática;

Tema 3 - Postura profissional;

Tema 4 - Outros comentários.

Cada um desses temas foi reorganizado de acordo com as particularidades das unidades de registro, agrupando-as por similaridade, conforme o QUADRO 1.

**QUADRO 1 - Organização de Temas e Categorias**

<b>TEMAS</b>	<b>CATEGORIAS</b>
1 - Contato com o alcoolista	1.1 - Experiência de atendimento 1.2 - Atendimento informado 1.3 - Forma de distinção do alcoolista 1.4 - Conseqüências observadas 1.5 - Experiência pessoal
2 - Relação conhecimento - prática	2.1 - Características Identificadoras do alcoolista 2.2 - Denominação usual do problema 2.3 - Problemas práticos no atendimento 2.4 - Conhecimento proporcionado no ensino de Enfermagem 2.5 - Assistência de Enfermagem oferecida 2.6 - Saber necessário para se identificar o alcoolista
3 - Postura profissional	3.1- Compreensão sobre o alcoolista 3.2- Atitude no atendimento do alcoolista 3.3- Sentimentos mobilizados 3.4- Abordagem do tema sugerida 3.5- Formas de ajuda ao alcoolista
4 - Outros comentários	4.1- Importância do tema 4.2- Abordagem utilizada 4.3- Interesse espontâneo

Acima, aparecem as categorias emersas da organização das unidades de registro; considerou-se os agrupamentos das falas cujos significados correspondem a subcategorias, as quais expressam conteúdos mais específicos sobre os temas. Essas subcategorias aparecem com as respectivas frequências, o que permite uma análise sobre a predominância de um ou outro conteúdo, sua regularidade no discurso ou sua ausência.

Com esse procedimento, foi possível reconhecer tendências de significados sobre o alcoolista entre docentes e alunos de Enfermagem, os quais se configuram nas suas representações sobre o problema, indicadas ao final da análise.

## **CAPÍTULO IV**

### **APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Neste capítulo, os dados serão apresentados por tema e categoria em quadros que indicam também as respectivas subcategorias e frequências.

A análise implica uma relação com o conhecimento sobre o tema, a experiência pessoal e a evidência revelada pelos dados.

Como já foi indicado anteriormente, os dados foram obtidos através de uma entrevista gravada, de acordo com questões previamente definidas (ANEXOS 1e2), respectivamente para docentes e alunos.

Os seis estudantes selecionados para responderem sobre as questões de pesquisa foram indicados pelos Coordenadores de Curso, seguindo os critérios adotados para esta pesquisa: que fossem estudantes do último período do curso de graduação e que estivessem entre os de melhor rendimento durante o mesmo. Essa exigência foi necessária para eliminar, ou pelo menos diminuir, a possibilidade de entrevistas pouco significativas, por desconhecimento sobre o tema ou desinteresse dos respondentes.

Os docentes foram incluídos de forma a obter-se dados e experiências de cada uma das áreas de ensino, ou seja, Enfermagem Pediátrica (EP), Enfermagem Traumatológica (ET), Enfermagem em Emergência (EE), Enfermagem de Saúde Pública (ESP), Enfermagem Obstétrica (EO), Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC), Enfermagem em Clínica Médica (ECM) e Enfermagem Psiquiátrica (EPs), nas seis Universidades Federais da Região Sul do Brasil.

De acordo com as informações, incluindo todos os tipos de pós-graduação, *stricto* e *lato sensu*, somente 13 dos 54 docentes têm formação específica em sua área de atuação. Quatro deles pertencem ao gênero masculino, sendo dois atuantes em Emergência, um em Saúde Pública e um em Psiquiatria.

Quanto ao tempo há que estão formados, no QUADRO 2 evidencia-se uma situação demonstrativa de docentes com larga experiência profissional, sendo que mais da metade (28 docentes) têm mais de 12 anos de formação. Houve uma renovação dos quadros, nos últimos cinco anos, provavelmente em substituição às aposentadorias. São 12 recém-formados que, apesar de salários pouco compensadores, provavelmente vislumbram encontrar segurança profissional e estímulo nas Universidades.

**QUADRO 2 - Docentes por tempo de formação**

<b>Tempo de Formação</b>	<b>Freqüências</b>
Até 05 anos	12
06 a 11 anos	08
12 a 17 anos	09
Mais de 18 anos	19
Total	48

**QUADRO 3 - Docentes por titulação, tempo de ensino e área de ensino na Região Sul, 1997.**

Titulação	Tempo de Ensino	Área de Ensino								Total
		EP	ET	EE	ESP	EO	EMC	EPs	ECM	
Doutor*	Até 05 anos									
	06 a 11 anos									
	12 a 17 anos	1								1
	Mais de 18 anos		1							1
	Sub-Total	1	1							4,2
Mestre	Até 05 anos				2					2
	06 a 11 anos		2	1		2		1		6
	12 a 17 anos	1	1	1				2	1	6
	Mais de 18 anos	1			2	1	1		2	7
	Sub-Total	2	3	2	4	3	1	3	3	43,7
Especialista	Até 05 anos			1		1	1		2	5
	06 a 11 anos	1					1			2
	12 a 17 anos									-
	Mais de 18 anos		1	1	1	1	2	3		9
	Sub-Total	1	1	2	1	2	4	3	2	33,3
Graduado	Até 05 anos	1		1	1				1	4
	06 a 11 anos						1			1
	12 a 17 anos		1	1						2
	Mais de 18 anos	1				1				2
	Sub-Total	2	1	2	1	1	1	1	-	18,8
	Total Geral	6	6	6	6	6	6	6	6	48

• Todos tinham 12 anos de docência ou mais.

No QUADRO 3, os dados evidenciam que apenas 4,2% (2) dos docentes possuem título de doutor, enquanto 43,7% (21) têm mestrado e

33,3% (16) têm especialização. Embora haja 22,9% (11) de professores com tempo de formação até cinco anos, somente 18,8% (9) continuam com título de graduação.

Em relação ao tempo de docência, pode-se observar que 12 respondentes têm até 5 anos de experiência, 8 têm entre 6 e 11 anos, 9 têm entre 12 e 17 anos e 19 docentes têm mais de 18 anos de experiência. São dados que indicando maior possibilidade de contatos com alcoolistas durante esse período.

Para esta pesquisa, considera-se que mais de 25% tem aproximadamente 5 anos de experiência como docente, o que significa um espaço de tempo bom para o domínio da área de conhecimento; já para a titulação, ser especialista é o esperado como quesito mínimo para a docência, ambos critérios estabelecidos para configurar a oportunidade de contato com o alcoolista e qualificação para a assistência especializada, situação avaliada abaixo e que pode ser observada no QUADRO 3.

### **Enfermagem Pediátrica**

Considerando-se a titulação, o tempo de graduação e o tempo de trabalho, os docentes dessa disciplina têm condições de estabelecer uma visão representacional sobre o alcoolista.

### **Enfermagem Traumatológica**

Na área de Enfermagem Traumatológica, por sua vez, os docentes apresentam qualificação significativamente boa, com possibilidade de

experiência e conhecimento suficientes para suas considerações como respondentes desta pesquisa.

### **Enfermagem em Emergência**

Na área de Enfermagem em Emergência, um docente não possui experiência e qualificação estabelecida no paradigma deste estudo, porém os demais superam largamente os critérios considerados como média neste estudo. Este dado é o que realmente deve ser considerado, porque habilita os respondentes a falarem de suas experiências e observações no atendimento ao alcoolista.

### **Enfermagem em Saúde Pública**

Na área de Enfermagem em Saúde Pública, da mesma forma, a experiência corresponde ao que nesta pesquisa foi considerado como adequado para expressarem-se sobre o alcoolismo. Entre os informantes, somente um está abaixo do tempo convencionado. Já na qualificação, encontramos um quadro que corresponde à realidade da Universidade brasileira, atenuado pelo fato de que o tempo de formado e o tempo no ensino de Enfermagem do respondente/docente, que apresenta somente a graduação, diminui a lacuna da qualificação formal.

### **Enfermagem Obstétrica**

Na Enfermagem Obstétrica, o tempo de experiência atende as exigências do paradigma estabelecido, porque todos os respondentes ultrapassam o que foi considerado como tempo mínimo necessário. Na

titulação observa-se um docente somente com a graduação, entretanto possui tempo de formação e de ensino que o qualificam como respondente desta pesquisa.

### **Enfermagem Médico Cirúrgica**

Na clínica Médico-Cirúrgica, há uma diversificação nos níveis de qualificação e também nas áreas específicas de conhecimento. O tempo de atuação na área do ensino demonstra uma média de tempo significativa de experiência, o que deve satisfazer as necessidades do ensino e da assistência, qualificando também os respondentes para esta pesquisa.

### **Enfermagem Psiquiátrica**

Na Psiquiatria, o tempo de experiência na área é plenamente satisfatório, entretanto verifica-se que somente a metade dos docentes estão qualificados na área de atuação.

### **Enfermagem em Clínica Médica**

Na Clínica Médica, em relação às outras áreas, ocorre uma menor média de tempo no ensino, mas a qualificação dos docentes é relativamente boa. Também considero esse grupo qualificado para o propósito deste estudo.

Assim, consideramos que os respondentes participantes tiveram experiência ou qualificação suficientes para expressarem suas visões a respeito do alcoolismo, não se constituindo a falta de conhecimento em limitação objetiva para ações de cuidados de enfermagem.

Também, levando-se em conta que apenas 1 informante não referiu ter tido experiência no atendimento a alcoolista, significa que o restante dos 98,14% dos respondentes alocados nas oito disciplinas tiveram alguma forma de contato com pessoas alcoolistas. Portanto, os dados da pesquisa permitem dizer que o docente/enfermeiro, independentemente de sua área de atuação, necessita ter habilidades para reconhecer e tomar decisões frente ao indivíduo portador de alcoolismo com suas complicações, ou junto da família que convive com o problema.

Constitui-se, pois, em tema relevante para a formação profissional em todas as áreas em que o enfermeiro possa vir a atuar, desde questões de educação para a saúde até intervenções paliativas, quando os danos do álcool já se instalaram, incluindo traumas familiares, desajustes ocupacionais e sociais, enfim, todas as situações em que se requer cuidados de enfermagem com o objetivo de se recuperar algum grau de bem-estar físico e mental.

Com essa perspectiva, o material empírico foi organizado de acordo com as falas dos respondentes, buscando-se evidenciar recorrências de imagens que poderiam constituir-se, ao final, nas representações sociais entre os docentes e alunos.

A apresentação a seguir estrutura-se de modo que, para cada um dos quatro temas, as categorias e subcategorias são expressas em quadros contendo a aglutinação das unidades de registros, com semelhanças de conteúdo e as respectivas frequências, de modo a favorecer uma visão sistemática dos dados e sua análise de acordo com o referencial proposto.

As observações indicadas nos quadros expressam especificamente a diferença entre o número total de entrevistados e o número de registros obtidos das falas relativas ao tema e categoria apresentados. Essa diferença

indica que, exceto para os respondentes que não se referiram à questão proposta, houve situações em que encontramos mais de uma referência ao tema por um mesmo respondente.

### **Tema 1 - Contato com o alcoolista**

Nesta pesquisa, o Tema “contato com o alcoolista” significa dizer que o respondente teve alguma forma de contato profissional ou pessoal com pessoas que ele considera alcoolista. Os componentes são mais objetivos, permitindo uma avaliação sobre as condições para o aparecimento das Representações Sociais.

Para compreender e analisar esse tema, foram construídas cinco categorias, descritas a seguir e que serão as unidades de análise.

Categoria 1.1- Experiência de atendimento - Nessa categoria, estão os registros das falas que evidenciam ou não o contato profissional do respondente com pacientes alcoolistas e especificam o contato.

Categoria 1.2- Atendimento informado - Essa categoria demonstra em que situações são prestados atendimentos ao alcoolista pelos respondentes.

Categoria 1.3- Forma de distinção do alcoolista - Nessa categoria, evidenciam-se as diversas formas que os respondentes usam para reconhecer o alcoolista.

Categoria 1.4- Conseqüências observadas ou informadas - Nessa categoria, os informantes pontuam as conseqüências relacionadas à vida do alcoolista que eles observam além das informações que são transmitidas

pelos diversos canais de comunicação existentes nos setores de atendimento à saúde.

Categoria 1.5- Experiência pessoal - Nessa categoria, verifica-se e qualifica-se uma rede de relações dos informantes com pessoas alcoolistas.

**QUADRO 4 - Registros sobre experiências de atendimento a alcoolistas entre os docentes e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
1.1-Experiência de atendimento	Não referiu	01	54 respondentes 01 não referiu
	Atende regularmente	23	48 registros qualificados 05 não atendem
	Atende só em situações especiais	20	
	Não atenderam	05	

A análise dessas categorias passa a ser feita calcada no referencial de Bardin (1977) e seguindo a teoria das Representações Sociais, especialmente a visão de Moscovici (1978, 1981)

Em relação à categoria experiência de atendimento, apareceram respostas afirmativas, dando uma visão do aporte de alcoolistas nos serviços em que a Enfermagem desenvolve as mais diversas práticas de ensino. O número de respostas negativas demonstra que 90,7% dos respondentes já prestaram atendimento a pessoas alcoolistas. Considerando-se a quantidade de entrevistados, apenas 5 respondentes, representando um percentual de

9,26%, não tiveram ainda oportunidade de atender alcoolista, em sua atividade docente.

Verifica-se, nessa categoria, que um deles não respondeu à questão, logo, em todas as categorias a seguir, esse dado deve ser considerado para análise.

Na teoria das Representações Sociais (RS), um dos fatores mais importantes para a formação de imagens mentais sobre algo é a experiência pessoal em relação ao “objeto” considerado. Como já referenciado, Moscovici (1978:04) diz que *“as Representações Sociais são entidades quase tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnados”*. Nesse caso, pode-se dizer que cinco ou seis respondentes podem ter uma imagem sobre o alcoolista codificada através de informações acadêmicas ou no convívio social.

Os outros, além das informações tiveram experiência direta com alcoolista, possibilitando-lhes uma ancoragem e codificação que podem evidenciar, no grupo estudado, Representações Sociais caracterizadas pela situação em que esse contato se dá.

É uma inferência lógica dizer que, na instituição de saúde em geral, o contato com pessoas álcool-dependentes é bastante comum, criando-se situações que, do ponto de vista representacional, superpõem-se às imagens e concepções já existentes, reforçando ou modificando-as.

Em relação aos aspectos técnicos da profissão, poder-se-ia potencializar os conhecimentos sobre o problema e instigar os docentes para

sua inclusão no ensino de forma mais enfática, de modo a instrumentalizar os enfermeiros para uma melhor atuação, quanto aos cuidados necessários especificamente em relação ao alcoolismo.

Em relação ao tipo de atendimento informado, verifica-se, no QUADRO 5, que o mais comum são as complicações decorrentes do álcool.

**QUADRO 05 - atendimentos prestados a alcoolistas pelos docentes e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES
1.2. Atendimento informado	Não referiram	20	54 respondentes 20 não referiram
	Atendem em condições não específicas do alcoolismo	12	39 registros qualificados
	Alcoolismo em etapas especiais da vida	09	
	Com sintomas psiquiátricos	07	
	Espancamentos e traumatismos	04	
	Nas emergências	02	
	Em programas de saúde	02	
	Demanda ambulatorial	02	
	Na comunidade	01	

Considerando que 22 registros se referem a atendimento em complicações e que somente 5 se referem à assistência no nível de Saúde Pública, esses últimos informados provavelmente por docentes da mesma

área, pode-se dizer que o ensino se dirige para a atenção curativa, ou que esse tipo de problema não é considerado em programas de atenção primária.

Outro dado representativo que deve ser levado em conta, são os 20 respondentes que não se referiram ao assunto, para uma reflexão de como o problema alcoolismo precisa ser mais questionado no ensino de Enfermagem. Sabemos pelo QUADRO 4, que somente 6 respondentes não informaram contato com alcoolista em sua atividade profissional, de modo que outros 14 respondentes não quiseram ou não souberam explicitar a forma de atendimento de Enfermagem que prestam. Isso pode significar que o contato se ateve à observação da existência do problema, sem intervenção específica.

Cabe aqui uma questão sobre o fato de não haver menção a cuidados específicos, seja ao indivíduo doente ou ao grupo com seus familiares. Novamente faço uma inferência, porque entendo ser possível que algum tipo de conversa sobre o assunto tenha sido entabulada, de forma assistemática e sem intenção terapêutica.

Poderiam os enfermeiros prestar cuidados ao alcoolista ou a seus familiares, objetivando não só a sua recuperação física? Essa é uma questão para ser pensada a partir do próprio conceito de saúde que se queira adotar. Do meu ponto de vista, uma vez que admito ser a saúde mais que o bem-estar físico, acredito que os cuidados de enfermagem devem incluir o espaço para ajudar as pessoas a conquistarem auto-respeito, auto-realização e boas relações familiares e sociais, não somente com recursos da psicologia, mas pelo desenvolvimento de técnicas de apoio e comunicação próprias da enfermagem.

**QUADRO 06 - Reconhecimento do alcoolista pelos docentes e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
1.3.Reconhecimento do alcoolista	Não referiram	20	20 não referiram 51 registros qualificados
	Pela história clínica	21	
	Por informação de terceiros	17	
	Pela observação direta	06	
	Por sinais e sintomas próprios do alcoolista	05	
	Pela motivação da consulta	02	

Considerando a categoria “Reconhecimento do alcoolista”, no QUADRO 6, novamente aparecem 20 respondentes que não expressaram nenhuma informação digna de registro, o que vem reforçar o interesse desta pesquisa, ou seja, investigar como o tema alcoolismo está sendo trabalhado e percebido nos cursos de Enfermagem.

A história clínica, juntamente com as informações de terceiros, são as formas predominantes, assinaladas pelos docentes/respondentes, como instrumentos usados no reconhecimento do alcoolismo. Isso demonstra que o docente vale-se dos recursos comuns para estabelecer um diagnóstico de Enfermagem, ou seja, para avaliar a situação e a assistência necessária. É possível que seu interesse não seja especificamente os aspectos próprios do alcoolismo, mas tão somente identificar a origem dos males que acontecem ao doente.

A observação direta (6 registros), por sinais e sintomas próprios do alcoolismo (5 registros), podem revelar que esses são indicativos que a Enfermagem usa para o reconhecimento do alcoolismo, demonstrando mais uma vez que há mais interesse no estado objetivo do que nas implicações subjetivas do problema.

Considerando-se que, no QUADRO 4, um respondente não referiu experiência de atendimento e que 20 não se referiram sobre o modo de reconhecimento do alcoolista, pode-se concluir que 19 respondentes não sabem reconhecer ou não querem informar como reconhecem o alcoolismo. Frente a esse dado, e pelas características necessárias para o atendimento ao indivíduo alcoolista, verifica-se a necessidade de que sejam aprimorados os conhecimentos técnicos e a forma de ensino do profissional enfermeiro, já que o alcoolismo e suas complicações podem permear todas as áreas de assistência da Enfermagem.

Por outro lado, 32 registros (21 pela história clínica, 6 por observação direta e 5 por sinais e sintomas), dentre os 32 entrevistados que responderam à questão, indicam associação técnica, ou seja, correspondem a algumas condutas profissionais. Porém, se 20 entrevistados não mencionaram formas de reconhecimento, volto a considerar que, possivelmente, não obtiveram as informações técnicas durante sua graduação e também não pareceram dispostos a obtê-las para qualificarem-se para uma atuação junto a esse tipo de clientela.

**QUADRO 7 - Conseqüências do alcoolismo observadas e/ou informadas pelos docentes e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
1.4. Conseqüências observadas ou informadas	Não referiram	16	54 respondentes 16 não referiram
	Desajuste na relação familiar	19	38 registros qualificados
	Desajuste na área social	10	
	Agressão a crianças e adolescentes	05	
	Complicações na gestação e no recém nascido	03	
	Complicações físicas	01	

Muitas perguntas assomam, mas uma delas tem uma força especial, ou seja, por qual razão os profissionais enfermeiros não atentaram ainda, suficientemente, para o problema do alcoolismo no Brasil?

As referências do QUADRO 7 permitem estabelecer algumas conclusões de como os docentes e alunos dos cursos de Enfermagem percebem as conseqüências do alcoolismo, sejam elas observadas diretamente ou informadas por terceiros.

Essa questão teve o objetivo de esclarecer se o interesse pelo alcoolista avançava além dos problemas físicos ou distúrbios do comportamento durante a hospitalização.

Na esfera familiar é onde mais aparecem situações informadas ou observadas de desajustes. Provavelmente a relação conflituosa entre o alcoolista e sua família aconteça por razões do comportamento alterado, da irresponsabilidade frente aos compromissos familiares e sociais, e

principalmente porque são as pessoas mais próximas que primeiro percebem o descontrole daquele e procuram interferir para que ele passe a beber controladamente ou suste o uso de bebidas. Na prática, sabe-se que, sempre que alguém interferir entre o alcoolista e a bebida, terá de enfrentar a ira da frustração pela separação do bebedor do seu objeto amado, a bebida.

No campo social aparecem 10 registros, o que corresponde à realidade da vida do alcoolista. Ele começa a ter complicações na vida familiar e vai extrapolando o desajuste para as relações sociais, num crescente tal que quase todos os alcoolistas acabam sós, ou porque se isolam, ou porque são abandonados.

As complicações emocionais são também muito presentes na vida do alcoolista, de acordo com as respostas obtidas. O que dificulta o esclarecimento, nesse caso, é saber se o álcool é a causa ou o efeito. Para se ter uma idéia mais clara, é necessário uma investigação aprofundada sobre o problema, o que provavelmente não poderá ocorrer durante o período de contato com o enfermeiro, mas é possível pelo menos pensar-se em estratégias de motivação para que o doente e sua família procurem apoio após a alta.

Agressões a crianças e adolescentes praticadas por alcoolista são ocorrências bastante freqüentes, embora no QUADRO 7 só apareçam 5 registros. Entendo que esse número tenha a ver com a negação que, como mecanismo de defesa, é tanto usado pelo alcoolista como pela família, sempre no intuito de ocultar ou amenizar os acontecimentos, que sempre são muito desagradáveis.

Numa visão mais qualitativa da questão das agressões, o que chama à atenção quando elas ocorrem é a forma cruel com que o alcoolista bate em

alguém. Geralmente, ocorrem traços de crueldade, e muitas vezes, com requinte de perversidade, quando os filhos e parceiros são agredidos.

Nesse caso, o quadro imaginal formado é o de desajuste comportamental em relação a padrões sociais aceitos. No entanto, quando esse desajuste extrapola certos limites da conduta, forma-se como que uma barreira de silêncio, de modo que as Representações Sociais mais parecem ser do encobrimento de comportamentos estranhos ao considerado normal, levando-o em conta não como algo a ser tratado, mas que merece sanções e punições. O silêncio da família é aceito, pelo constrangimento provocado, ou por falta de competência para lidar com a situação.

**QUADRO 8 - Experiência pessoal dos docentes e alunos de cursos de Enfermagem em lidar com pessoas alcoolistas que não sejam os seus pacientes.**

CATEGORIA	EXPERIÊNCIA	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES
1.5.Experiência pessoal	Outros parentes	28	54 respondentes
	Vizinhos e amigos	16	67 registros qualificados
	Parentes próximos	10	
	Relação não especificada	08	
	Não tem	05	

No QUADRO 8, estão as manifestações do total dos respondentes. Considerou-se como parentes próximos em relação ao respondente os familiares em 1º grau, ou seja, irmão, pai, filho e cônjuge. Como “outros parentes”, os de 2º grau, ou seja, avós, tios e cunhados.

O dado a ressaltar nesta categoria é que, dos 54 respondentes, somente 5 não apresentam em suas relações afetivas alguém considerado alcoolista. A quantidade de respostas, num total de 8 registros, que não

expressaram o tipo de relação existente com o alcoolista, leva-me a supor que decorreu do constrangimento natural que as pessoas têm de assumir a existência de alcoolista na família e no círculo de amizade, declarando o vínculo dessa relação e também o fato de que a questão aliciadora não estimulou para uma resposta específica (ANEXO 1 e 2). Pode ter acontecido, inclusive, que a experiência pessoal evidenciada nesses 8 registros possa ser do próprio informante.

Pela quantidade de respostas referentes a “parentes próximos” e “outros parentes”, vejo fortalecida a afirmativa de que os docentes e alunos vêm do mesmo meio social de onde vêm os alcoolistas, no sentido de que, na estrutura social em que vivemos, não há grupos livres do problema, estando ele presente em todas as camadas sociais. Portanto, é provável que a representação que alunos, docentes e alcoolistas tenham do problema seja muito semelhante. Isto significa que o grupo de docentes não terá necessariamente uma representação própria do alcoolismo.

## **Tema 2 - Características identificadoras do alcoolista**

Nesta pesquisa, em relação ao Tema “Características identificadoras do alcoolista”, significa dizer que os respondentes apontaram várias maneiras de identificação, através dos sinais físicos, de conduta, psiquiátricos, de aparência pessoal e pela história da doença.

Para uma análise e descrição do tema, construiu-se seis categorias, descritas a seguir e que serão as unidades de análise:

Categoria 2.1- “Características identificadoras do alcoolismo” - Para essa categoria, foram considerados alguns sinais e sintomas, observações diretas e através de informações do próprio alcoolista ou de outras pessoas.

Categoria 2.2- “Denominação usual do problema” - Nessa categoria, os respondentes apresentaram como se referem ao indivíduo alcoolista, dando uma amostra das possíveis denominações usadas pelos docentes e alunos.

Categoria 2.3- “Problemas práticos no atendimento” - Essa categoria pontua as diversas intercorrências e complicações apresentadas pelo alcoolista e que acabam aportando nos diversos locais de assistência à saúde.

Categoria 2.4- “Conhecimentos proporcionados no ensino de Enfermagem” - Nessa categoria foram pontuadas as possibilidades de aquisição de conhecimentos sobre o alcoolismo que os cursos de Enfermagem proporcionam nos diversos locais, na prática e em alguns momentos teóricos.

Categoria 2.5- “Assistência de Enfermagem oferecida” - Os registros dessa categoria proporcionam uma visão de como o alcoolista é assistido pelos docentes e alunos de curso de Enfermagem, nos locais de assistência a saúde.

Categoria 2.6- “Saber necessário para identificar o alcoolista” - Nessa categoria, estão as formas descritas pelos respondentes de como identificam o alcoolista.

Considerando a categoria “Características identificadoras do alcoolista”, aparece um número de respostas, com uma diversificação considerável de formas de identificar, o que demonstra que não existe ainda, na Enfermagem, dentro do processo ensino-aprendizagem, um enfoque específico que possibilite aos profissionais saídos desses cursos estarem tecnicamente preparados para reconhecer e intervir na assistência do alcoolista de forma a consolidar um campo próprio de enfermagem. No futuro, esses profissionais, a depender do interesse e oportunidade, poderão desenvolver algumas habilidades pessoais, que não se caracterizam, porém, como condutas próprias de Enfermagem.

**QUADRO 9 - Características identificadoras do alcoolismo, apontadas pelos docentes e alunos de Cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
2.1. Características identificadoras do alcoolista	Pelo aspecto físico	26	54 respondentes 97 registros qualificados
	Pela forma da conduta	25	
	Pela postura corporal	16	
	Pelos sintomas agudos	12	
	Pela história do paciente ou da família	07	
	Pelos aspectos emocionais	05	
	Não identificam	06	

Dentre as características identificadoras relacionadas, o aspecto físico constitui-se de sinais característicos e reconhecidos também no meio leigo, sendo sinais facilmente observáveis como, por exemplo, cor da pele, andar claudicante, face edemaciada e outros sinais.

Identificar o alcoolista pela sua conduta e pela postura corporal também são formas conhecidas e denominadas pelo senso comum, principalmente as caricatas e tradicionalmente aprendidas. Tais como o “bêbado” fanfarrão, falante, teimoso, desorientado, o que determina uma imagem clássica.

Os sintomas agudos e a história da doença são parâmetros usados no método técnico-científico de identificar o alcoolismo.

Assim, o modo de identificar o alcoolista expressa facetas dos modos de Representações Sociais sobre o mesmo, ou seja, de ancoragens e objetificações que parecem formar a matriz representacional, mais associada ao senso comum que a conteúdos técnicos.

**QUADRO 10 - Denominação usual para definir o alcoolista, conforme os docentes e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
2.2- Denominação usual do problema	Não referiram	06	56 respondentes
	Alcoolista	29	06 não referiram
	Não denominaram	11	50 registros qualificados
	Alcoólatra	08	
	Etilista	02	

Considerando a “Denominação usual do problema”, verifica-se que 29 respondentes denominam como alcoolista a pessoa que é dependente do álcool ou faz uso do mesmo de forma descontrolada. O termo tem sido, no texto, privilegiadamente assumido como mais adequado, evitando-se termos com conotação pejorativa ou de pouco uso. Assim, dentre os 48 informantes que responderam à questão, uma grande percentagem usa o termo considerado apropriado, sendo que os termos **alcoólatra**, com 06 registros, e **etilista**, com 02 registros, não são os mais comuns entre os docentes e alunos de cursos de Enfermagem.

Na definição imaginal, há uma correspondência com o uso técnico “alcoolista”, enquanto sabemos que, no meio popular, a denominação da pessoa que ingere álcool é freqüentemente “bêbado”. Assim, sobre esse aspecto, o termo técnico tem mais aceitação, pelo menos no ambiente de ensino e prática assistencial.

Pelos dados constantes no QUADRO 11, os problemas encontrados no atendimento são relativos tanto a questões administrativas, quanto a questões profissionais ou do próprio alcoolista.

**QUADRO 11 - Problemas práticos no atendimento de alcoolista durante os estágios curriculares**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
2.3-Problemas práticos no atendimento	Não referiram	06	54 respondentes 06 não referiram 141 registros qualificados
	Reduzido conhecimento específico da Enfermagem	25	
	Complicações clínicas e cirúrgicas	21	
	Aspectos discriminatórios	17	
	Problemas de ordem social	13	
	Problemas psiquiátricos	12	
	Problemas obstétricos puerperais	11	
	Organização do sistema de saúde	09	
	Carência de especialistas	09	
	Negação da doença e recusa de ajuda	09	
	Problemas próprios do paciente	08	
	Legislação e fiscalização sobre o uso do álcool	02	
	Uso de álcool por profissionais da saúde	02	
	Dificuldades com a família	01	
Outros	02		

A menção mais freqüente foi a de reduzido conhecimento específico, com 25 registros. Isso demonstra que docentes e alunos não estão propiciando e recebendo, respectivamente, informações que habilitem o profissional enfermeiro a prestar assistência plena a pessoas alcoolistas. Esse dado pode relacionar-se, ainda, ao fato de que nos programas de graduação de

Enfermagem (ANEXO 3)<sup>1</sup>, a quantidade de horas/aulas dedicadas ao tema é insuficiente e o conteúdo é tratado dentro dos programas de Enfermagem Psiquiátrica.

As complicações clínicas e cirúrgicas aparecem em segundo lugar na ordem de ocorrência dos dados, correspondendo à realidade da prática assistencial em que, geralmente, as complicações clínicas são mais preocupantes do que o alcoolismo em si. O leitor poderá verificar alguns detalhes na revisão da literatura deste trabalho, quando os autores revelam um certo descaso quanto ao aspecto preventivo ou de recuperação.

O sistema público de saúde, talvez em razão da crise por que passa, não se estruturou para detectar precocemente doenças de um modo geral e muito menos doenças que conduzem a mudanças comportamentais.

Os aspectos discriminatórios, assinalados pelos respondentes são fatores que certamente dificultam significativamente a vida do alcoolista nos locais de atendimento da saúde. Como se não bastasse o tratamento, geralmente hostil, vindo do meio social e muitas vezes da própria família, o alcoolista se defronta também com essa dificuldade nos locais onde ele vai buscar ajuda e espera assistência profissional. Em vista disso, associo-me ao que dizem Diniz e Rufino (1996).

*“Em nossa atuação na prática assistencial, partimos da compreensão de que pessoas que fazem uso abusivo do álcool, de maneira a prejudicarem-se ou aos outros, são pessoas que adoeceram e requerem ser auxiliadas, não sendo portadoras de defeito moral e não devendo ser rejeitadas ou punidas”.*

---

<sup>1</sup> Anexo 3 constitui-se em todos os programas dos cursos de graduação das IFES da Região Sul do Brasil.

Os problemas psiquiátricos, quando ocorrem associados ao alcoolismo, são fatores a mais nas dificuldades a serem enfrentadas por parte do alcoolista, que convive com mais uma dificuldade, e por parte dos profissionais, que não estão sendo preparados para esse tipo de atendimento.

Sumarizando, a carência de especialistas, dificuldades próprias dos setores que deveriam cuidar da saúde e a amplitude dos danos causados pelo álcool remetem para uma reflexão e tomada de atitude concreta frente ao tão preocupante problema que, como um polvo, vai estendendo os seus tentáculos e causando danos imensuráveis na vida dos alcoolistas.

Aqui se evidencia mais uma vez que, ao lado da incompetente formação profissional trazida e reproduzida, os enfermeiros docentes, embora sintam lacunas, como acima evidenciam muitos grupos de registros, tais como “reduzido conhecimento”, “complicações clínicas e cirúrgicas”, “problemas obstétricos e puerperais”, que se referem direta ou indiretamente a sua formação, assinalam problemas da estrutura de saúde, fiscalização sobre o uso do álcool e negação de ajuda. Tais questões, segundo os docentes e alunos, se constituem em problemas práticos para o atendimento de alcoolistas.

No QUADRO 12, há 69 registros sobre o tema: 21 anunciam que a questão do alcoolismo é abordada pelos docentes em associação a outras complicações e 20 referem que procuram estimular para que os alunos atentem para o tema. Há, porém, evidências para considerar que a tendência ainda é considerar a problemática como tema da área da Enfermagem Psiquiátrica, ou pelo menos das disciplinas interessadas em comportamento, com 21 registros (11 considerando a assistência como competência da psiquiatria, 6 falando que haviam experienciado aprendizagem em relação às implicações sociofamiliares e 4 relacionando a outras áreas).

Para os docentes de Enfermagem, a questão do alcoolismo deve ser ensinada em área especializada, podendo-se deduzir que se torna importante para o profissional de outras áreas somente na ocorrência de complicações clínicas.

**QUADRO 12 - Informações sobre conhecimentos proporcionados sobre alcoolismo no ensino de Enfermagem**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
2.4-Conhecimentos proporcionados no ensino de Enfermagem	Não referiram	06	54 respondentes 06 não referiram 69 registros qualificados
	Associação a outras complicações	21	
	Estimulação para o tema	20	
	É competência da psiquiatria	11	
	Nas implicações socio-familiar	06	
	Conotação científica	05	
	Encaminhamento para outras áreas	04	
	Outras respostas	02	

“Estimulo ao estudo do tema”, se for em relação às complicações, nas suas formas mais amplas, sempre que se prestar assistência ao alcoolista, é uma maneira de transmitir e adquirir concomitantemente conhecimento, o que torna esse dado significativo, ainda mais se for considerado que há pelo menos uma preocupação em apontar o problema.

No entanto, é visível a tendência de colocar um limite entre o que é de competência de profissionais da área clínica e o que ultrapassa essa competência. Esse limite traduz-se pela conduta de encaminhamento, sempre

que o docente entender que o problema exige outro tipo de conhecimento, que não faz parte do programa de sua disciplina.

Nisso reside o emaranhado a ser analisado como uma rede que circula entre o ensino e a assistência. Os programas se estruturam em torno de disciplinas vinculadas às áreas assistenciais, que separam os conteúdos por suas características nosológicas. Os alunos deparam-se com essas separações e reproduzem-nas depois, quando profissionais.

Cada vez mais, o mundo científico esbarra em problemas semelhantes a esse do alcoolismo, em que as explicações e condutas tradicionais não respondem à sua complexidade. Ao invés de articular os profissionais para uma assistência mais integrada nesse emaranhado, o doente vai passando por diferentes momentos no seu tratamento, com cada profissional executando a parte que lhe cabe.

**QUADRO 13 - Assistência de Enfermagem oferecida ao alcoolista pelos docentes e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
2.5. Assistência de Enfermagem oferecida	.Não referiram	45	54 respondentes 45 não referiram 08 registros qualificados
	.Encaminha para serviços especializados	03	
	.Visa os aspectos físicos, psicológicos e sociais do paciente	02	
	.O alcoolista é tratado de maneira diferente	01	
	.Muita dificuldade no manejo do alcoolista	01	
	.Coloca em contenção mecânica	01	

Por outro lado, o que se proporciona de conhecimento sobre o ensino não é nem de longe algo moderno, científico e humano.

No QUADRO 13, 45 respondentes não fizeram referência à oferta de Assistência de Enfermagem, levando-me a pensar que não têm dentre seus objetivos, o de reconhecer e assistir o alcoolista. É um dado para ser considerado por todos aqueles que estão envolvidos no processo de ensino e aprendizagem. Encontrar alcoolistas no cotidiano da Enfermagem é uma realidade que está a nossa frente, nos mais diversos locais onde quer que se esteja, tanto no exercício da assistência como do ensino.

Não posso deixar de pensar que o Sistema de Saúde ainda continua estruturado para a demanda clínica ou cirúrgica nas diversas especialidades, exceto na Psiquiatria. Essa situação tem conduzido a uma resposta correspondente no sistema de formação, que somente será alterada a partir de mudanças na mentalidade quanto ao perfil profissional, para ajustar-se às novas características com que se pretende prestar assistência de saúde, contemplando modelos mais integradores.

Uma vez que - faz-se necessário reforçar - o alcoolismo continua sendo tratado como um problema de conduta e não como um problema de saúde; e somente quando se apresentam intercorrências clínicas, cirúrgicas ou complicações em seu corpo físico, o Sistema o acolhe para tratamento e, nesse caso, não para tratar da causa da patologia, mas seus sinais e sintomas. Por que razão deveria a Enfermagem agir de modo diferente? Suponho que somente quando o ensino de graduação estiver voltado para os problemas epidemiologicamente relevantes, o alcoolismo tornar-se-á um tema também relevante, que exigirá preparo específico dos profissionais.

**QUADRO 14 - Saber necessário para identificar o alcoolista segundo docentes e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
2.6.Saber necessário para identificar o alcoolista	Não referiram	37	54 respondentes 37 não referiram 24 registros qualificados
	Conhecimentos em Enfermagem Psiquiátrica	07	
	Dificuldade para identificar	07	
	Inclusão do tema no currículo	07	
	Treinamento especial	03	

Em relação à informação solicitada sobre qual o saber necessário para identificar o alcoolista, os entrevistados tiveram uma conduta instigante, pois 37 respondentes não fizeram referência à questão. Possivelmente se eximiram por terem pouco conhecimento sobre o tema em pauta. Nota-se que, além desses, 7 registros indicam dificuldade para identificar o problema.

Há menção à necessidade de inclusão do tema no currículo e de treinamento especial, considerando-se o tema em geral, sem que tenham identificado o saber necessário.

Diante desses dados, vejo como provável a existência de uma lacuna para ser preenchida sobre o tema, em relação aos conhecimentos e habilidades da Enfermagem, que os próprios docentes não são capazes de enumerar.

Voltando aos dados anteriores, percebe-se que o profissional enfermeiro necessita estar preparado através de conhecimentos teóricos e práticos, para intervir, nas intercorrências e complicações gerais decorrentes

do alcoolismo, se não tiver condições para outras formas de atendimento de suporte e educação.

Entretanto, uma vez que poucos se envolvem em assistir alcoolistas, e quando o fazem se restringem aos aspectos fisiopatológicos, neste último QUADRO, assim como no QUADRO 13, há informações suficientes para dizer que se aprofunda o corte profissional quanto ao problema, pois que os docentes não identificam suas próprias lacunas de conhecimento sobre o assunto. Fortalecem a imagem do alcoolismo como problema de comportamento, mas sabem (e desejam!) tratar das complicações clínicas ou cirúrgicas.

Como redimensionar o Ensino de Enfermagem para que os profissionais se habilitem para o atendimento ampliado do alcoolismo de forma a efetivamente ajudar o alcoolista? Uma parte da resposta parece estar na direção de uma aceitação de que este não é problema exclusivo da psiquiatria. Outra parte diz respeito às representações sociais, ou imagens, associadas ao alcoolista, que pesam bastante no enfrentamento pessoal das situações conflitantes que envolvem terapeutas, familiares e doentes.

### **Tema 3 - Postura Profissional**

Para esta pesquisa, postura profissional é tema que se refere às diversas maneiras com que os respondentes percebem o problema e se manifestam sobre o mesmo. A partir das suas falas foram organizadas as cinco categorias, descritas a seguir e que serão unidades de análise:

Categoria 3.1- Compreensão sobre o alcoolista - Nessa categoria, aparecem as formas com que os respondentes percebem e interpretam a questão do alcoolismo.

Categoria 3.2- Atitude no atendimento ao alcoolista - Os registros nessa categoria definem a maneira como os respondentes enfrentam a relação terapêutica.

Categoria 3.3- Sentimentos mobilizados - Nessa categoria, os registros demonstram quais os sentimentos mobilizados pelos respondentes, quando no atendimento ou observação do alcoolista.

Categoria 3.4- Abordagem sugerida sobre o tema - Categoria em que foram apontadas algumas formas de abordagem sobre o tema, em relação ao ensino de Enfermagem.

Categoria 3.5- Formas de ajuda ao alcoolista - Os registros dessa categoria expressam estratégias de cuidado consideradas como ajuda a pessoa alcoolista.

**QUADRO 15 - Compreensão que os docentes e alunos de cursos de Enfermagem têm do alcoolismo.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
3.1.Compreensão sobre o alcoolismo	Como doença	71	54 respondentes 158 registros qualificados
	Como problema de personalidade	25	
	Como desajustamento psicossocial	23	
	Como desvio conduta	17	
	Como desajustamento sócio-familiar.	09	
	Problema para ser atendido em outros setores	08	
	Como um vício	02	
	Outras percepções	03	

Para compor a categoria “Compreensão sobre o alcoolismo”, observa-se no QUADRO 15 que há 158 fragmentos significativos das falas dos

entrevistados, o que demonstra que cada respondente falou mais de uma vez sobre sua forma de compreender o problema. Setenta e um registros foram designativos do alcoolista como doente. Se forem comparados esses registros com os de outras subcategorias, vamos encontrar um traço de contradição no que se refere a ser doente, ou ter outros distúrbios de comportamento, ou ser portador de um defeito da personalidade. Se, de um lado, há uma forte alusão ao problema como doença, o fato de constatarem características, além de sintoma e sinais clínicos, não quer dizer que as aceitem como próprias da síndrome, colocando-as numa outra esfera, ou seja, a da personalidade e caráter.

A menção a problemas de personalidade induz à idéia de que existe uma personalidade alcoólica, que determina ou não o uso do álcool. Essa é uma idéia que vem sendo mencionada por alguns autores, como Masur (1990), Peyser (1991), mas não existe uma compreensão e aceitação significativa no meio científico que cristalize essa possibilidade. A teoria que melhor explica o problema é a da multicausalidade do alcoolismo. Portanto, o indivíduo poderá ter algum tipo de pré-disposição biológica, cultural, psicológica, mas sempre haverá um ou mais fatores desencadeantes da doença.

Os desajustes psicossociais e sociofamiliares poderão ser vistos do mesmo prisma, considerando-se que a pessoa portadora do problema é a mesma e, nesta passagem pelo caminho nebuloso de causa e efeito, poderá ocorrer uma alternância dos fatos. Para temperar melhor a situação, incluo os efeitos específicos do álcool nos aspectos citados. O indivíduo, portanto, poderá ser um alcoolista, apresentar desvio da conduta e por essa razão ter os desajustes citados ou, então, por ser um desajustado, tornar-se um alcoolista.

No conjunto, os dados (76 registros) agrupados, relativos a problemas comportamentais, isto é, pessoais, seja como desajuste de personalidade, seja como vício, seja nas relações, tais como desajustes psicossociais, sóciofamiliares ou de conduta, revelam uma forte tendência de associar o alcoolismo a essa esfera, tal como foi apontado em momentos anteriores.

Parece que a Representação Social contida no senso comum se repete entre os docentes, mesmo que considerando o alcoolista como doente. É, porém, uma doença escamoteada, para cuja causa não podemos atentar, uma vez que se trata de assunto de foro privado. Será isso verdade? Até que ponto é problema pessoal, se muitas das conseqüências, de muitas maneiras, implicam diretamente e claramente sobre a sociedade? Em que medida a atenção apenas às complicações físicas pode ser aceita a partir de parâmetros éticos?

#### QUADRO 16 - Conduta entre docentes e alunos de cursos de Enfermagem no atendimento ao alcoolista.

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES
3.2. Conduta no atendimento ao alcoolista	Não referiram	06	54 respondentes 06 não referiram 113 registros qualificados
	Orientação no atendimento	36	
	Atendem de maneiras diversificadas	24	
	Encaminham para Psiquiatria ou grupos	20	
	Evitam o atendimento	19	
	Consideram sua qualificação insuficiente	08	
	Incluem a família como agente e como paciente do processo	06	

No QUADRO 16, aparecem algumas informações recorrentes e outras surpreendentes. Novamente há um número significativo de vezes em que os docentes encaminham o alcoolista para a Psiquiatria, ratificando dados anteriormente analisados.

Mas ao lado disso, finalmente, nessa questão eles revelam, em 36 fragmentos das falas, que oferecem orientações durante o atendimento, embora não revelem qual o conteúdo.

Em 19 registros, os entrevistados admitem evitar o atendimento, uma maneira de lidar com o alcoolista reveladora, sugerindo conflitos, técnicos ou pessoais, associados provavelmente a questões de qualificação ou de componentes negativos de suas experiências com esse tipo de problema.

Os dados aqui relacionados nos remetem para uma reflexão e análise da real situação do atendimento ao alcoolista pela Enfermagem, que parece ser ainda muito superficial. Para atender o alcoolista, o profissional enfermeiro, além dos conhecimentos teóricos e práticos, deve olhar para cada pessoa como se fosse a primeira, isto é, sem preconceito, com cordialidade e segurança.

O atendimento diversificado mencionado corresponde ao atendimento das complicações decorrentes do alcoolismo, que podem ser orgânicas, psiquiátricas, traumáticas e outras formas. Cabe, aqui, fazer-se um destaque em torno da possibilidade que o profissional enfermeiro, tendo que prestar atendimento a pessoas alcoolistas, com sinais e sintomas clínicos tão graves, deixe o alcoolismo em si passar para segundo plano. Isso traria um retardamento no reconhecimento do problema e dos encaminhamentos necessários.

A surpresa não foi a informação expressa em 8 registros, que revelam qualificação insuficiente para o atendimento ao alcoolista, pois esses dados estão permeando todas as categorias constantes nesta pesquisa. Qualificação insuficiente, nesta pesquisa, representa muito mais do que a evidência dos dados. Representa, assim, a necessidade de urgência, essa é a surpresa, com que as Instituições Formadoras dos profissionais enfermeiros e as empresas prestadoras de serviços de Enfermagem têm de buscar uma solução através de um plano de educação continuada, que oportunize a reversão desse quadro.

Isso significa não só a sua capacitação técnico-instrumental, mas também administrativa, para que possam apresentar alternativas viáveis de consolidar maneiras eficazes de enfrentar com o alcoolista e sua família, programas de desintoxicação, reabilitação e resgate de sua dignidade no meio social.

**QUADRO 17 - Sentimentos mobilizados pelo alcoolista nos docentes e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
3.3. Sentimentos mobilizados	Não referiram	06	54 respondentes 06 não referiram 98 registros qualificados
	Rejeitam e tratam com indiferença	36	
	Pena / compaixão	34	
	Temem o alcoolista	13	
	Percebem como um doente	15	

No QUADRO 17, em relação aos sentimentos mobilizados, aparece com muita nitidez a ambivalência no relacionamento dos docentes e alunos de Enfermagem com o alcoolista, pois, ao mesmo tempo em que eles rejeitam,

sentem também pena / compaixão, o que certamente torna ainda mais difícil a possibilidade de compreendê-lo e ajudá-lo. É provável que essa representação esteja vinculada à experiência pessoal com o alcoolista, aparecendo na grande maioria das respostas a existência de vínculo afetivo entre o respondente e um ou mais alcoolistas, conforme demonstrou o QUADRO 8, anteriormente analisado.

O temor de lidar com o alcoolista também é um outro aspecto que pode ser decorrente da experiência pessoal ou da representação do grupo social onde esses respondentes estão inseridos. Outra possibilidade, nesse caso buscando uma interpretação psicológica, é o temor dos próprios impulsos de beber e de não estar seguro que vá poder controlá-los, pois já apresentamos dados que indicam que o alcoolista é um espelho para o assistente.

Evidente que temos aqui novamente uma correspondência entre as Representações Sociais do grupo entrevistado e os aspectos encontrados no imaginário social. Medo, pena, rejeição e indiferença têm sido sentimentos comuns em relação ao alcoolista, quiçá muito próximos do que nós também sentimos.

A configuração que tais sentimentos podem assumir no conjunto das representações está associada às imagens do alcoolista como violento, fraco, incoseqüente e irresponsável. Digno de pena e compaixão porque, afinal, quando não bebe é uma boa pessoa.

Considerando-se os dados do QUADRO 18, verifica-se que a proposta de inserir conteúdos sobre alcoolismo em todas as disciplinas expressa o reconhecimento dos informantes sobre a necessidade de ampliar esse campo para a Enfermagem, Complementando-se com a proposta de

desenvolver um programa específico, refletir sobre o ensino do alcoolismo e pesquisar para conhecer melhor o problema..

**QUADRO 18 - Abordagem sugerida para o tema no ensino de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
3.4. Abordagem sugerida sobre o tema	Não referiram	16	16 não referiram 54 respondentes 42 registros qualificados
	Abordar o tema em todas as disciplinas	17	
	Desenvolver um programa específico	13	
	Refletir sobre o ensino do alcoolismo	05	
	Pesquisar para conhecer melhor o problema	05	
	Outras respostas	02	

Esse elenco de medidas sugeridas trazem o problema para um campo crítico em que se alinham imagens idealizadas e condutas objetivamente tendentes ao alheamento. Entre as imagens idealizadas, há aquelas que admitem uma necessidade de conhecer mais, e uma visão de que, afinal, o alcoolismo é doença, como a dizer que admitem o problema no âmbito de suas competências. Dentre as condutas de alheamento, estão o interesse centrado nas decorrências patológicas subscritas mais insistentemente no campo da clínica.

Não há indicação clara se os respondentes costumam refletir sobre seu próprio trabalho em relação a esta condição, ou seja, o alcoolismo. Não se evidenciou nos discursos algo na direção de “não faço porque não sei fazer, mas gostaria ou deveria”.

**QUADRO 19 - Formas de ajuda ao alcoolista sugeridas por docentes e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
3.5. Formas de ajuda ao alcoolista	Não referiram	43	43 referiram 54 respondentes 13 registros qualificados
	Usar recurso da comunidade	07	
	Encaminhar para a psiquiatria e outros grupos	04	
	Melhorar as condições sociais	02	

No QUADRO 19, conforme os registros componentes desta categoria e a quantidade de respondentes que não se referiram à questão proposta, conclui-se que existem dificuldades entre os mesmos de traçarem um plano de cuidado e ajuda ao alcoolista. As poucas propostas de ajuda se constituíram em encaminhar o alcoolista para grupos da comunidade ou para a Psiquiatria.

Desnecessário aqui buscar novas explicações, pois parecem ser as mesmas já anteriormente delineadas.

Para os profissionais enfermeiros, esse QUADRO deve ser mais uma amostra preocupante, em torno do tema alcoolismo. Nele está expressa toda a fragilidade na capacitação dos respondentes para encontrarem soluções ou encaminharem adequadamente o alcoolista usuário dos serviços de saúde.

#### **Tema 4 - Outros comentários**

Ese tema representa os registros extraídos de falas espontâneas que independeram das questões aliciadoras de respostas, mas que se constituíam em interesse do pesquisador.

Para compreendê-lo e analisá-lo, construíram-se três categorias, descritas a seguir e que serão as unidades de análise:

Categoria 4.1- Importância do tema - Nessa categoria reuniu-se o que espontaneamente os respondentes da pesquisa expressaram quanto à importância do tema para o exercício da assistência de Enfermagem.

Categoria 4.2- Abordagem utilizada - Nessa categoria, os respondentes expressaram sentimentos sobre a abordagem da pesquisa e quais os pontos considerados importantes para as manifestações.

Categoria 4.3- Interesse espontâneo - Nessa categoria, consideraram-se os pontos vistos como importantes na pesquisa.

A análise dos registros no QUADRO 20 demonstra que, para os 33 respondentes que não se referiram espontaneamente à importância do tema, o assunto não demandou algum tipo de posicionamento. Talvez o silêncio seja tão significativo quanto as falas, denotando tratar-se de interesse eventual em sua jornada profissional.

**QUADRO 20 - Importância do tema, conforme docentes e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
4.1.Importância do tema	Não foi informação espontânea	33	54 respondentes 33 não referiram 21 registros qualificados
	Considera um tema importante para pesquisa e prática da Enfermagem	15	
	O tema conduz a uma reflexão	03	
	Tem interesse no tema	02	
	Outro registro	01	

Esse dado induz à compreensão de que o tema alcoolismo precisa ser conduzido com mais ênfase no ensino de Enfermagem, dando-lhe importância na formação, para que os futuros profissionais se tornem mais bem qualificados, ao mesmo tempo em que conduza a academia à produção de saberes substancialmente comprometidos com o bem-estar das pessoas alcoolistas e seus familiares.

Para referendar essa análise, quinze respondentes entendem que o tema é importante para a prática e para a pesquisa da Enfermagem. Pode-se concluir que existem possibilidades e uma relativa motivação para o desenvolvimento no conhecimento e na forma de assistir o alcoolista, mas ainda não tem sido significativa o suficiente para produzir efeitos objetivos nos programas de ensino e de assistência na enfermagem.

Frente a essa conclusão, vislumbra-se a possibilidade de que esta pesquisa possa desencadear junto aos cursos de Enfermagem da Região Sul

do Brasil, uma nova maneira de olhar o alcoolista e cuidar dele, tratando-se esse tema com mais responsabilidade e competência.

**QUADRO 21 - Abordagem do tema na pesquisa, no entendimento de professores e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FREQÜÊNCIA	OBSERVAÇÕES
4.2. Abordagem utilizada na pesquisa	Não referiram	42	54 respondentes 42 não referiram 12 registros qualificados
	Gostou da oportunidade de falar sobre o tema e quer ver os resultados	05	
	O trabalho representa um desafio para a Enfermagem	03	
	Sentiu a entrevista como uma troca de idéias	02	
	Gostou da abordagem abrangendo teoria e prática	02	

No QUADRO 21, é grande o número de informantes que não vislumbram na pesquisa algum significado especial, com apenas 12 registros qualificados. Dentre esses últimos, os que gostaram de falar sobre o tema e que desejam ver os resultados permitem concluir que resta algum interesse em torno do assunto. Esse aparente desinteresse geral pode, em meu entendimento, estar associado tanto às formas convencionais de se pensar sobre o alcoolismo, com os mesmos traços de preconceitos e negação, quanto à própria formação do pensamento no meio acadêmico, que dá mais ênfase aos aspectos biológicos no ensino da área de saúde.

Assim, não me parece ser um desinteresse que implique abandono da proposta; ao contrário, tenho convicção de que ele denota a ignorância relativa ao tema, no sentido de que não se tem interesse por aquilo que não se

conhece. O sentimento sobre a entrevista como se fosse uma troca de idéias, foi mais um aspecto gratificante que vivenciei neste trabalho. Isso referenda a idéia de que a proposta de estimular uma reflexão, e talvez desencadear algumas alternativas de mudança no ensino do alcoolismo, é viável e necessária. Portanto, cabe deixar uma questão a ser considerada: os planejadores e executores do ensino de Enfermagem têm disponibilidade interna e querem essas mudanças? Se quiserem, por onde começar? A solução poderia vir de uma reciclagem específica para os docentes? Aos profissionais enfermeiros que estão no exercício da assistência seria oferecida a oportunidade de reciclagem?

**QUADRO 22 - Interesse espontâneo sobre o tema entre docentes e alunos de cursos de Enfermagem.**

CATEGORIA	SUBCATEGORIAS	FREQUÊNCIA	OBSERVAÇÕES
4.3. Interesse espontâneo	Não referiram	50	54 respondentes 50 não referiram 04 respostas qualificadas
	O conteúdo é ministrado somente na psiquiatria	01	
	Sente simpatia pelo trabalho com alcoolistas	01	
	É um vasto campo de trabalho para a Enfermagem	01	
	Quer trabalhar com os resultados da pesquisa	01	

Pelo QUADRO 22, fica claro que o tema central desta pesquisa não apresenta relevância entre os respondentes, haja visto que a grande concentração de registros ocorridos na pesquisa não foi espontânea. Então, o

interesse só emerge quando é colocada uma questão frontal, que funciona como um “espelho” para o respondente.

Se essa é a questão, pode-se entender que a presença de um especialista funciona como um foco estimulante, tanto para o plano das idéias quanto para o da prática.

O que se pode extrair dos quatro registros qualificados: a psiquiatria é demarcada como a especialidade que deve atender o alcoolista. Esse enfoque permeia as categorias desta pesquisa. Entretanto, examinando a literatura que serviu como referência para essa análise, verifica-se, pela extensão das complicações clínicas (orgânicas), a seguinte dúvida: será que se abre uma janela para discussão em torno de quem melhor poderá atender o alcoolista?

Sem nenhuma pretensão de deter a receita para o problema, proponho que os leitores desta pesquisa me ajudem a discutir e encaminhar esta questão que, para mim, como pessoa, mas principalmente como profissional, tem se constituído num dilema. É o alcoolismo um transtorno psiquiátrico, como propõem alguns teóricos e como sacramenta o DMS-IV e o CID-10 (Código Internacional das Doenças)? Será um problema social, como definem alguns autores? Será uma questão a ser vista pelo escopo da saúde do ser humano de forma integrada? Ou será que é melhor continuar com todas essas questões em aberto?

Pelo enfoque proposto nas questões aliciadoras de respostas, foi percebida a possibilidade de um largo campo de trabalho para a Enfermagem, no atendimento a pessoas alcoolistas e, provavelmente, em algumas situações, estendendo para os familiares e a comunidade onde o alcoolista esteja inserido.

Essa afirmativa é real, mas será que o “alargamento” do campo de trabalho para a Enfermagem, por si só, constitui-se numa resposta satisfatória

para um problema tão crucial para a saúde das pessoas, como é o alcoolismo? Não será o momento de os enfermeiros fazerem uma reflexão a respeito dessa realidade? Não será o momento de os enfermeiros tomarem uma decisão de como querem encarar a questão do alcoolismo? Ou será o momento de esperar mais um pouco, para ver como os “órgãos públicos” vão resolver mais essa questão?

A espera dos resultados da pesquisa para conhecer e trabalhar, como propõe um respondente, traz para a própria pesquisa, e principalmente para o pesquisador, duas interpretações: a primeira, de que se deve esperar que alguém vá na frente e mostre o caminho através dos resultados. Se estes forem convincentes, então poderá angariar um aliado, o que, frente às perspectivas do momento, pode ser considerado como um aceno positivo, mas também deve ser considerado como muito pouco para a magnitude do problema. A segunda interpretação, como um desafio que convida para transcender as dificuldades próprias da pesquisa, é ir em busca de aliados intelectuais e executores da assistência ao alcoolista. Esse caminho parece ser o que apresenta maiores perspectivas de sucesso num trabalho que não pode ser solitário; e se tomar esta direção, então estará fadado a sucumbir por si só.

## CAPÍTULO V

### REFLETINDO SOBRE OS DADOS DA PESQUISA

#### **1-Uma posição crítica do ensino sobre alcoolismo nos cursos de Enfermagem**

Neste capítulo, passo a uma reflexão sobre as informações contidas nos planos de ensino dos Cursos onde foi aplicado o instrumento de pesquisa (ANEXO 3), correspondente aos dados obtidos com os docentes que constituíram o grupo amostral. As respostas, organizadas em temas, categorias e subcategorias dão sustentação a todo o desenvolvimento desta análise e à construção deste texto.

Ao analisar os dados, foram encontradas, com significativa frequência, respostas representacionais de que o ensino de dependências químicas desenvolvido nos Cursos de Enfermagem, constantes como campo desta pesquisa, é considerado como um conteúdo exclusivo da Enfermagem Psiquiátrica.

Para melhor ilustrar, veja-se o conteúdo de dois fragmentos das falas.

*“Eu não saberia lidar, porque eu tenho uma rejeição violenta. Eu faria tudo para delegar esse paciente para outra pessoa. Eu, como profissional, talvez seja até vergonhoso eu dizer isso, mas eu delegaria para psiquiatria, alguém . . .” (ESP-23).*

Esse docente posiciona-se com uma consciência crítica a respeito da dificuldade que tem em lidar com a questão prática no atendimento ao alcoolista. Ao mesmo tempo diz que recorreria à psiquiatria para delegar o atendimento que provavelmente não se acha capaz de realizar, se percebido sob a ótica comportamental.

Outro entrevistado revela mais claramente sua idéia sobre a questão, ao dizer que:

*“...a primeira idéia é de não ficarmos no local onde nós estamos como ele, porque não teria condições, deveria ter um ambiente separado para ele. Então é mais de encaminhamento para a área de psiquiatria, que é o local da área de estágio onde nós estamos, ou pedir assessoria de alguém da psiquiatria” (EE-D18).*

Nessa fala, aparece a dificuldade em assistir o indivíduo alcoolista. Este docente entende que, para prestar cuidados ao alcoolista, é necessário um ambiente específico, dando a idéia de que se trata de uma pessoa muito diferente e que necessita ser atendida num local muito especial, ou seja, a Psiquiatria. Na outra alternativa, pediria ajuda para alguém da Psiquiatria.

Como já tenho assinalado em outros capítulos desse trabalho, posiciono-me contrário àqueles que entendem que só à Psiquiatria compete assistir o alcoolista, especialmente por saber que, quando as intercorrências e complicações clínicas se apresentam, os sintomas são revestidos de um colorido tão intenso que tornam os cuidados clínicos mais importantes que os outros aspectos da doença.

Na literatura, que constitui a revisão bibliográfica desta pesquisa, o alcoolismo é um problema de saúde e como tal deve ser visto e tratado. Consideram-se os aspectos psicofísicos e sociais que compõem o quadro do

alcooolismo, o que faz com que a pessoa alcooolista possa necessitar de atendimento. Isso, por si só, justifica a necessidade de que o enfermeiro, independentemente da sua área de atuação ou especialidade, tenha uma bagagem de conhecimento que o capacite a prestar os cuidados necessários ao alcooolista, onde quer que esse esteja sendo atendido.

Frente a essa convicção e examinando os programas de ensino que estão sendo oferecidos nos Cursos de Graduação da Região Sul do Brasil, sobre os problemas do alcooolismo, caracteriza-se uma urgência no sentido de inserir, ao longo do curso, conteúdos relativos ao conhecimento atualizado e à forma de tratar o alcooolista, a depender da área em que ocorrerá o atendimento.

O alcooolista, em geral, mantém sua vida de relações e pode ocorrer contato do profissional em áreas assistenciais que abrangem todas as fases da vida, seja na etapa gestacional, na infância, na vida adulta ou na velhice, todas situações em que o problema pode ocorrer, seja pelo uso da droga, seja pelos seus efeitos. É dessa maneira que o alcooolista pode demandar atendimento na emergência, na clínica médica ou cirúrgica, na obstetrícia, até mesmo na pediatria, seja com alcooolistas precoces, seja com maus tratos de adultos alcooolizados.

Para melhor avaliar a situação existente entre a formação e a exigência da prática assistencial, passo a fazer uma análise dos conteúdos programáticos das disciplinas do Currículo de Enfermagem dos Cursos já mencionados, com o objetivo de evidenciar conteúdos relativos ao uso de drogas lícitas ou ilícitas e as decorrências sobre a saúde dos usuários.

No currículo do Curso “R”<sup>1</sup>, somente nas disciplinas “Enfermagem na Saúde Mental e Psiquiatria II” há programação do ensino sobre alcoolismo, com **três horas/aula**, para o conteúdo “O alcoolismo e dependência a drogas, seu tratamento e os procedimentos de enfermagem”. Não há menção do tema em outras áreas de ensino.

No Curso “K”, aparecem conteúdos ministrados na disciplina “Enfermagem Psiquiátrica II”, ou seja, “Alcoolismo, Toxicomania: uso indevido de drogas”, mas não consta a quantidade de horas previstas para o assunto. Verificando o cronograma de atividades da disciplina, não há nenhuma referência a esse conteúdo programático. Na bibliografia também não aparece nenhum título especificamente referente ao assunto.

Para o Curso “J”, o ensino do alcoolismo consta como um dos itens do conteúdo programático da unidade III da disciplina “Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria II”, sem definição da carga horária destinada ao tema. Nos objetivos da disciplina, não consta nenhuma referência ao conteúdo, assim como, na bibliografia, não aparece qualquer referência específica ao assunto.

No Curso “M”, o conteúdo referente ao alcoolismo está inserido na disciplina “Enfermagem Psiquiátrica e Higiene Mental”. Nos seus objetivos não consta especificamente orientação relativa ao conteúdo programático, portanto não faz nenhuma referência ao ensino sobre dependência química.

No cronograma de aulas, o conteúdo referente ao alcoolismo aparece com a previsão de **três horas/aula**. Quanto à bibliografia específica, consta

---

<sup>1</sup>A denominação dos Cursos está representada por letras do alfabeto, e de maneira desordenada, com o intuito de evitar a identificação dos mesmos.

uma nota fazendo referência à existência desse material na biblioteca setorial da Instituição.

Nesse Curso, pode-se notar que existe, ainda que tênue, um olhar voltado para o problema do alcoolismo.

No Curso “Y”, o conteúdo sobre dependência química (álcool e outras drogas) consta como conteúdo da disciplina “Assistência de Enfermagem ao Adulto ‘B’ ”, uma disciplina teórico-prática, que abrange amplamente os cuidados com a saúde do indivíduo adulto na Unidade 9 - “Assistência de Enfermagem na Saúde e na Doença Mental”, na qual se encontra “Dependência ao álcool e outras drogas”, não constando, porém, quantidade de horas/aula destinadas a esse conteúdo.

Nos objetivos da disciplina não aparece nenhuma referência à dependência química (álcool e outras drogas). Pela estrutura da disciplina, parece que esses casos são abordados com os alunos, quando aparecem, em associação a outras entidades nosológicas.

No que tange à bibliografia, fico impossibilitado de uma apreciação, porque não consta no programa que me foi remetido.

O Curso “F”, quanto aos seus objetivos, não refere especificamente o ensino de dependência química (álcool e outras drogas). Entretanto, na disciplina de “Enfermagem Psiquiátrica” e “Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica”, consta o tópico “Síndrome de Dependência Alcoólica” para a primeira e “Dependência Química (álcool e outras drogas)” para a segunda.

No caso da disciplina teórica, não há especificação da quantidade de horas/aula, mas, no cronograma, o tema consta em uma única data, o que

permite deduzir que se trata de **três ou quatro horas/aula**. No campo prático, não existe uma determinação de horas específicas para cada psicopatologia. Portanto, fica impossível qualquer comentário nesse sentido.

Nesse Curso, foram relacionadas em sua bibliografia obras específicas para o estudo do alcoolismo. Portanto, pode-se dizer que existe uma melhor disposição em assistir pessoas que padecem do problema alcoolismo.

Tomando-se como elemento de análise a característica de inserção do alcoolismo no ensino da Enfermagem na Região Sul, verifica-se que os diferentes cursos estão oferecendo oportunidades similares de aprendizagem nesse campo. Provavelmente, aparecem com características particulares sobre a forma com que os docentes responsáveis por essa área específica do ensino lidam com o paciente alcoolista e as intercorrências clínicas, mas um fato salta aos olhos, ou seja, a magnitude do problema não tem correspondência na formação profissional.

Essa constatação exige uma nova consciência sobre medidas pedagógicas e administrativas na academia, de modo a preencher essa lacuna. Na atualidade, mais e mais vemos aumentar as estatísticas relativas a usuários de drogas, cuja parcela mais significativa ainda é de alcoolistas, tornando-se um problema de saúde, cuja assistência não pode restringir-se ao atendimento de emergência ou das complicações clínicas.

Um aspecto que precisa ser ressaltado é a confirmação por parte das Instituições de Ensino de Enfermagem de que o alcoolismo é um tema estruturado e consolidado dentro da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica ou afim. Mesmo o Curso “Y”, que insere esse conteúdo dentro da disciplina “Assistência de Enfermagem ao Adulto - ‘B’ ”, quando remete o alcoolismo para a Unidade 3 - “Enfermagem e a Personalidade anti-social”, evidencia-o

como um problema exclusivo da área comportamental. É aqui que me posiciono diferentemente, pois defendo a idéia de que o alcoolismo é um problema de saúde complexo e, como tal, precisa ser reconhecido e tratado.

Na cultura ocidental, a excessiva preponderância da assistência curativa no fisicalismo da tradição positivista nos sistemas de assistência à saúde, retardou a preocupação com aspectos simultâneos da integração mente-corpo nos programas terapêuticos, inicialmente marginalizados. Apenas muito recentemente estão sendo manifestadas insatisfações com alguns pressupostos do modelo tradicional.

Não é, pois, de todo surpreendente a realidade do ensino na Enfermagem ao tratar-se de um desses problemas que exigem formas mais amplas de articulação entre os planos constitutivos dos processos patológicos, tal como ocorre com as intoxicações por drogadição. Parece conveniente reavivar, a partir das respostas dos docentes e alunos em comparação com a realidade do ensino, a referência profissional sobre o conceito de saúde. Sem entrar na discussão sobre qual a mais apropriada, tomemos por base a idéia corrente de que a saúde se expressa por componentes biopsicossociais e que há necessidade de se encontrar meios de promover uma mediação entre eles para uma assistência mais adequada.

Já foram verificadas, no Capítulo II desta tese, algumas das complicações clínicas mais comuns do alcoolismo, o que me faz ter certeza de que, de maneira geral, estas são mais severas e por isto mais importantes do que a própria dependência em si; isto é, a intervenção do “cuidador” é mais urgente nesse caso e, em segundo plano vem, então, a questão da desintoxicação e do tratamento dos aspectos gerais da doença e suas complicações sociofamiliares.

Por outro lado, as experiências com essa população têm demonstrado que são pessoas que procuram a equipe para falar dos seus problemas e principalmente para expandir a sua rede de relacionamento. Logo, esses pacientes ou seus familiares tendem a buscar ajuda, quando há algum espaço no meio assistencial, determinando a possibilidade de ficarem mais tempo com os docentes e alunos da Enfermagem do que os portadores de outras síndromes.

Há, portanto, de um lado, uma ampla aceitação discursiva sobre a necessidade de ampliar em todos os sentidos a consideração sobre a saúde da população; de outro, a academia não foi suficientemente sedutora para ancorar novas tecnologias assistenciais para dar conta dessa ampliação.

O mesmo ocorre com outras doenças que epidemiologicamente são significativas na atualidade. Os currículos devem ser flexíveis o suficiente para incluir ou excluir conteúdos na medida da necessidade. Os problemas da drogadição, os problemas de depressão, de estresse e as novas doenças contagiosas continuam ausentes nos programas de ensino, tornando-se os profissionais se tornam inábeis para lidar com essas situações. Considere-se também que as instituições de saúde, sendo rígidas e conservadoras, pelo menos em tudo o que se associe a novas metodologias e abordagens terapêuticas, não convocam os profissionais nem lhes oferecem condições para habilitação que inclua a competência para ações em áreas prioritárias emergentes de análises epidemiológicas.

## 2 - O Alcoolismo e o ensino de Enfermagem

Considerando-se a relevância e a complexidade do alcoolismo como um problema de saúde, os dados acima demonstram, ao contrário, a irrelevância com que é tratado o ensino dessa importante área do conhecimento acadêmico. Importante tanto por questões quantitativas como por questões sociais decorrentes e que comprometem muitos aspectos da vida em comum, desde as relacionadas ao mundo particular do alcoolista, até as que originam graves conseqüências sobre os familiares e amigos, bem com riscos à sociedade e à capacidade de produção social.

Se a tese fosse que o “bêbado” não merece ajuda porque ele próprio não se ajuda, o que dizer de seus familiares e de sua participação como cidadãos na transformação e desenvolvimento social? Tantas são as perdas no contexto dessa pessoa enferma e para ela própria, que valeria ao menos conceder-lhe a dúvida sobre se ele realmente deseja ser o que é.

Procurando dar uma visão mais clara do problema, os dados a seguir vão demonstrar como os professores dos Cursos já mencionados se manifestam a respeito desse saber. Especialmente por entender que é durante uma aula que se estabelece o momento pedagógico em que as partes envolvidas no processo ensino/aprendizagem efetivam as trocas decorrentes desse convívio.

Tomando-se como referência os dados conhecidos nesta pesquisa, relativos ao tempo de ensino dedicado ao tema alcoolismo, fica fácil entender que os estudantes do último período do Curso de Graduação em Enfermagem

tenham insegurança sobre a forma de reconhecer, compreender e assistir o alcoolista, conforme foi constatado. De maneira ilustrativa, um dos alunos expressou sua experiência, dizendo que:

*“muito pouco, muito pouco, assim, que a gente observe indivíduos alcoolistas, mesmo porque não são eles que trazem estas informações, na maioria das vezes são os familiares. Mas existem alguns, principalmente na área de atendimento clínico, que a gente acaba descobrindo pelos prontuários que estes indivíduos são alcoolistas. Pelo menos foi assim nos campos de prática em que passei até agora” (E6).*

A fala desse respondente reflete dificuldade em reconhecer o alcoolista a partir da história clínica, dos sinais e sintomas que constituem os elementos iniciais do diagnóstico. Para saber quando se trata de um alcoolista, recorre ao prontuário do paciente, o que significa a dependência do parecer de outro profissional e não do seu próprio saber acadêmico.

Embora existam exceções como se viu acima, para essa categoria, verificou-se que a experiência no atendimento a alcoolistas apareceu com frequência durante o Estágio (prática) em Enfermagem Psiquiátrica.

Outro ponto revelado aqui é que existe alguma forma de atendimento clínico observado pelo respondente. Em campos de prática, ocorrem situações e intercorrências de alcoolismo que oportunizam ao aluno atendimento das complicações decorrentes, embora pareça ocorrer de forma casual.

No entanto, os alunos informam que a experiência mais significativa de assistência ao alcoolista ocorre no estágio de Enfermagem Psiquiátrica, correspondendo à imagem de que se trata de assunto próprio dessa área, mantendo-se a tradição no ensino.

*“Em relação a esse Estágio, me marcou essa parte aí da psiquiatria, só uma coisa pode se dizer assim, que ficou com falhas foi o trabalho que fazem aqui, tipo ‘AA’, só que no caso, a gente já encaminha para eles, não tem aquele contato direto para tratar e, aqui no hospital, tu até pode encaminhar para “AA”, mas aí tu trata a patologia e não o alcoolismo dele, a não ser que ele seja tratado por outros sintomas” (E2).*

Nesse registro é possível identificar-se que o estudante, ao referir-se ao Estágio de Enfermagem Psiquiátrica como a área de conhecimento responsável pelo ensino do alcoolismo, entende que existem falhas no enfoque do ensino oferecido. Constitui-se rotina, quando não há intercorrências clínicas, o alcoolista ser encaminhado para grupos de inter-ajuda. Sabe-se que é uma das possibilidades terapêuticas, mas não se constitui na única e nem se adequa a todos os casos de alcoolismo. Para lembrar, vejo o alcoolismo como um problema multicausal e, portanto, as alternativas terapêuticas devem ser múltiplas, associadas ou não.

Creio que em decorrência das diversas situações em que o alcoolista se envolve, tanto nas suas relações interpessoais, como no cuidado da sua saúde, é que se forma uma representação, muitas vezes discriminatória e estereotipada, sobre si. Isso se torna uma barreira entre os profissionais de saúde para os cuidados de que ele necessita. Para melhor explicar, veja-se o que está caracterizado na fala a seguir:

*“Eu penso que é uma doença que deve ser tratada, muitas vezes a gente se depara com profissionais que não têm paciência para tratar com isso. Principalmente em pronto-socorro, onde o pessoal pensa: ‘Ah! Bebeu porque quis e ainda vem incomodar’”.*

Penso que esse “incomodar” traduz com certa precisão o sentimento dos profissionais da saúde, ante a sua própria incompetência em lidar com os sintomas do alcoolismo.

É provável também que seja pelo aspecto abrangente do alcoolismo em relação à saúde física, mental e social do indivíduo que inicialmente tornou-se uma “doença” delegada aos cuidados da psiquiatria, causando tantas dúvidas e dificuldades, quando os sintomas se manifestam em outras situações de atendimento.

*“Muita discriminação, até nos locais de assistência à saúde, se observa até os médicos dizendo que se ele está assim é porque quer. Então, eu acho que ele é muito discriminado” (E5).*

*“O conhecimento, com relação a este tema, foi muito pequeno, ele é mais tratado como problema psiquiátrico, é mais tratado nessa área, muito pouco tratado como problema clínico. A gente só houve falar assim: ‘Ah! O alcoolismo causa tantos acidentes’, as emergências tão cheias e a gente só trata os efeitos do alcoolismo” (E6).*

Ao revelar os aspectos discriminatórios que envolvem o alcoolista, quando ele procura um serviço de saúde, os estudantes de enfermagem estão mostrando aos profissionais da saúde, principalmente aos docentes, que existem fragilidades nas áreas técnicas, administrativas e até éticas. Isso resulta em despreparo para compreender, assistir e encaminhar o alcoolista, como se procede com qualquer outro problema de saúde, evitando os julgamentos, geralmente carregados de preconceitos e estereótipos, que reforçam a visão distorcida que o meio social tem como senso comum em relação ao alcoolista.

Dentre os registros extraídos das falas dos estudantes, na sua maioria com coerência e lucidez a respeito do tema, o fragmento a seguir sintetiza o que motivou esta pesquisa e continua a motivar, para que esta caminhada não se esvaneça na conclusão deste trabalho:

*“Eu acho que esse é um momento gratificante, porque eu vejo que alguém está preocupado com esta clientela que ainda está sendo muito discriminada e que se, nessa Universidade, nesse hospital, tem a preocupação de recuperar esses clientes, eu acho que tem que ter continuidade, nós temos que nos preocupar em melhorar a qualidade de vida dessas pessoas (. . .) é muito mais do que um dever, é um compromisso” (E 4).*

A postura dos estudantes, do último período do Curso de Graduação em Enfermagem, e que provavelmente já estão no mercado de trabalho, constitui-se numa amostragem do perfil dos profissionais desta área frente ao problema que motivou esta pesquisa, o alcoolismo. Indicam, de certa forma, uma capacidade reflexiva sobre o tema, revelando preocupações sobre seu despreparo como profissional para as condutas terapêuticas necessárias ao atendimento adequado, o que consideram um dever e um compromisso.

Agora, verifique-se como os docentes dessas mesmas Instituições entendem o alcoolismo e tratam o alcoolista.

*“... eu considero o alcoolismo uma doença séria. Eu também acho que existe uma rejeição da sociedade, muito preconceito em relação a isso e as pessoas, geralmente, tendem a marginalizar, tendem a separar essa pessoa do meio social ou da família. Os próprios profissionais da saúde, quando recebem um alcoolista, eles geralmente dizem: ‘Ah! Ele é bêbado, não vou atender’. Eu acho que os profissionais deveriam ter um enfoque melhor sobre como atender estas pessoas” (ESP-D21).*

Essa fala reflete a representação desse docente, que considera o alcoolismo uma doença grave, “*uma doença séria*”. Nessa forma de falar sobre o alcoolismo, entretanto, está subjacente o dizer que “o alcoolista não é recebido e nem tratado com seriedade” nos serviços de saúde. Quando ele revela a rejeição com que os profissionais da saúde se referem ao indivíduo alcoolista, ele, certamente, está denunciando situações que observou ou vivenciou dentro do seu campo da prática, embora se refira aos profissionais da saúde como se ele próprio também não fizesse parte da categoria. O mais grave é o fato de se constatar uma discriminação tão prejudicial à vida de uma pessoa e só revelá-la numa situação em que conta com o sigilo da pesquisa.

Quando Moscovici (1981) refere-se às Representações Sociais como uma “versão contemporânea do senso comum”, pode ser aqui entendido como um “referendum” à idéia comum sobre o alcoolista, repetindo-a, através das atitudes e das falas, consignando imagens discriminatórias e estereotipadas. Esta representação, muitas vezes, aparece na forma de uma rede de atitudes sociofamiliares:

*“Eu penso que é uma pessoa que não está integrada no contexto geral, penso que é uma pessoa marginalizada, a gente sempre sente ele à margem” (EMC-D33).*

Estar fora do contexto, estar à margem, coloca o alcoolista para fora do mundo “normal”, induzindo atitudes exclusionais, tanto dos profissionais de nível superior quanto de outros trabalhadores dos setores de atendimento à saúde. E uma vez colocado em seu lugar, à margem de uma assistência dedicada e específica, tratam-no, muitas vezes, com menos atenção que o enfermo não alcoolista.

As manifestações dessas pessoas, que atendem nos serviços de saúde, podem ser vistas como uma amostra da sociedade, consumidora de bebidas alcoólicas, mas que censura e rechaça quando um usuário se excede e perde o controle sobre quando e como usá-las.

Geralmente, o quadro se agrava de maneira progressiva, quando o convívio familiar, as relações de trabalho, as relações sociais e os sintomas físicos aparecem. Então se estabelece o “caos”, forma-se um estereótipo e, com esse, um rótulo em torno da pessoa que passa a ser mais um “bêbado”, quase sempre alvo de críticas e “brincadeiras” sempre carregadas de preconceitos e, para ser mais preciso, desrespeitos.

A partir do que se está examinando, passo a entrelaçar os dados obtidos na pesquisa com o espaço social e cognitivo por que circulam os docentes e alunos de Enfermagem, isto é, passo a fazer “a ancoragem” com a proposta de pesquisa constante no Capítulo I desta tese.

Moscovici (1981) refere-se à ancoragem e esclarece que:

*“...ela permite que algo desconhecido e inquietante, que incita nossa curiosidade, seja incorporado a nossa própria rede de categorias e nos permite compará-la com o que nós consideramos um membro típico desta categoria”.*

Para facilitar ao leitor, faz-se necessário lembrar que os docentes e estudantes respondentes desta pesquisa foram, em sua maioria, solicitados a atender pacientes alcoolistas ou intercorrências causadas pelo alcoolismo. Logo, podemos afirmar que esse problema de saúde está presente no cotidiano dos estudantes e dos profissionais da Enfermagem. Esse fato, por si só, já justifica toda a preocupação que venho demonstrando desde o início

deste trabalho, tanto em relação à qualificação dos docentes, quanto com os conteúdos programáticos que se constituem nas propostas das disciplinas e que são desenvolvidos nos campos de prática, geralmente nos locais de atendimento à saúde.

Penso que, diante do que já foi discutido, não há mais dúvida de que os docentes de enfermagem apresentam sérias dificuldades para proporcionar aos estudantes os conhecimentos teóricos e as práticas que os habilitem a lidar adequadamente com as questões do alcoolismo.

Cabe ressaltar que não vejo tais dificuldades como um descaso dos docentes em relação a essa área de conhecimento, embora entendendo como dever ético do profissional de saúde, principalmente do docente, estar atento para suas fragilidades e procurar reciclar seus conhecimentos; o que percebo, além das lacunas acadêmicas, são vivências e sentimentos, geralmente com uma visão distorcida e impregnados de aspectos negativos, funcionando como uma barreira entre o dever profissional e o lado emocional da pessoa/profissional.

Estão colocadas a seguir, algumas questões que, acredito, venham a se incorporar nesta compreensão.

*“Pois é, isto é uma coisa. . . . eu tenho experiência, inclusive na família bem próxima e talvez a minha apreciação seja bastante negativa. Talvez porque eu tenha esta experiência. Quando a gente vive a experiência, a coisa fica mais forte, mais patente”. (EPs-D40)*

Caso se olhe somente pelo prisma do que é esperado do docente, é muito provável que não se consiga entender nem aceitar as dificuldades já

reveladas nesta pesquisa. Entretanto, caso seja lembrado que esses docentes são seres humanos, que convivem e vivenciam situações semelhantes às dos familiares dos seus pacientes, então pode-se compreender e buscar na academia formas adequadas para instrumentalizar os profissionais, para melhor conviverem com os alcoolistas e assisti-los quando buscam ajuda nos serviços de saúde.

Sabe-se que o alcoolista, pela sua conduta em relação à maneira de conviver com a bebida e pela forma de se relacionar com a sociedade, cria uma série de sentimentos diferentes e, por serem diferentes, são contraditórios. Isso não fica só na esfera da família e da sociedade leiga, passa também para os profissionais da saúde. Por esses estarem num convívio mais próximo durante o atendimento, as contradições aparecem com maior intensidade. Tais possibilidades, associadas às experiências individuais, geram no profissional sentimentos diversificados.

Perceber o alcoolista como um paciente manipulador é uma realidade vivenciada pela maioria daqueles que ficam algum tempo prestando assistência aos indivíduos portadores dessa patologia.

*“Olha, na assistência procuro deixar de lado o meu preconceito e atender ele como outro paciente qualquer, só que no caso, com cuidado, porque eles são um tanto manipuladores” (E1).*

*“Nas experiências que eu tive, era meio difícil de trabalhar, até pela pouca experiência que a gente tem, tu tenta falar uma coisa, eles levam para outro lado, eles manipulam muito” (E5).*

A sedução é uma arma “eficaz” de que o alcoolista lança mão para induzir os técnicos e outros trabalhadores da saúde a atenderem seus apelos, os quais quase sempre têm como objetivo ganhar alguma forma de privilégio.

*“Mais incrível, eles tem um alto astral, impressionante, eles são alegres, extrovertidos, a gente vê que . . . eles são muito envolventes” (EO-D26).*

Quando isso se concretiza, geralmente, a equipe ou o técnico fica muito contrariado, por não ter conseguido entender e manejar adequadamente a situação que reflete, quase sempre, a maneira com que o alcoolista se relaciona no seu cotidiano.

Geralmente, esses episódios funcionam para os profissionais da saúde, como um espaço do saber que se apresenta fragilizado. Portanto, quando o estudante diz que:

*“...na Psiquiatria, foi abordado alguma coisa, foi falado sobre o comportamento deles e das formas de ajuda, de apoio que é dado a eles, muito pouca coisa” (E1).*

Esse estudante sinaliza para uma realidade que mais tarde se refletirá na sua dificuldade em assistir um paciente alcoolista, ou até mesmo em compreender e tomar decisões sobre situações que envolvam alcoolismo durante sua prática do cotidiano.

Outro sentimento revelado pelos respondentes e que merece um olhar mais atento é o de “pena/compaixão”<sup>2</sup>. Num primeiro olhar, essa manifestação de sentimento lembra a Enfermagem representando o aspecto humano e “caridoso” da profissão mas também, pode ser um olhar de descaso com o aspecto técnico que, nessa situação, é de extrema importância. Quero dizer que penalizar-se com o alcoolista não parece ser a melhor maneira de tratá-lo.

Entendo que, enquanto o profissional expressa esse sentimento, ele está procurando redimir-se do seu pouco conhecimento sobre o problema de saúde. Por outro lado, está reforçando a condição de incapacidade do paciente de superar as suas dificuldades e sentir-se responsável por participar do seu tratamento e buscar recuperação.

*“Puxa, assim o que é que ele me passa ou o que é que eu sinto? Passa pena, passa impotência da minha parte, medo também, medo porque às vezes eles são agressivos. Já passei por situações assim. Então o que me passa é medo, ansiedade também, é uma coisa forte para mim, mexe muito, mas muita sensação de impotência frente ao que possa fazer” (EMC-D33).*

*“Ah! É uma mistura de compaixão, de pena e ao mesmo tempo eu me sinto meio impotente, de não ter maiores afinidades, não sei se é afinidade, de não ter maior domínio sobre o conteúdo. Eu tenho uma certa dificuldade e tenho essa miscelânea de sentimentos” (EP-D4).*

Essas maneiras de sentir o alcoolista, expressas pelos docentes, nos fragmentos de suas falas, representam em grande parte o que pensam e sentem os docentes e alunos em relação a esse paciente.

---

<sup>2</sup>Para esta pesquisa, considera-se pena e compaixão como sendo o mesmo sentimento, isto é, como sendo sinônimos.

Entendo que esses elementos já são suficientes para permitir que sejam visualizados alguns caminhos que conduzam o ensino para o tratamento do alcoolista como componente do ensino de Enfermagem, como um conteúdo que se faça presente em todas as áreas deste saber.

## CAPÍTULO VI

### ENCAMINHAMENTOS FINAIS

Dando encaminhamento à análise dos resultados desta pesquisa, chegou-se ao momento em que formular uma compreensão e síntese do trabalho significa não só retomar a leitura dos dados que emergiram das falas dos respondentes, mas também dos seus significados subjetivos. Esses significados foram produzidos pelo encadeamento de idéias que formam uma rede de compreensão, constituída em seu todo pelas malhas particulares de significados que cada informante tem sobre o alcoolismo e o alcoolista.

Vários caminhos foram percorridos em busca de possibilidades de se chegar a uma síntese representacional. Moscovici (1978:26) diz que: “*a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos*”. No bojo da teoria com a qual se está dando forma às enunciações dos entrevistados, recorro novamente ao autor (p.43) na busca de subsídios quando ele diz que:

*“...as representações sociais são entidades tangíveis. Elas circulam, cruzam-se e se cristalizam incessantemente através de uma fala, um gesto, um encontro, em nosso universo cotidiano. A maioria das relações sociais estabelecidas, os objetos produzidos ou consumidos, as comunicações trocadas, delas estão impregnadas”.*

Assim , o risco de estar interpretando inadequadamente os resultados fica reduzido, pois os componentes encontrados no material empírico aparecem de modo recorrente, regular e enfático nas falas e nas práticas enunciadas.

Por outro lado, este trabalho demonstra que o tema escolhido não é uma preocupação exclusiva do pesquisador, mas uma realidade de saúde que preocupa a sociedade e as autoridades sanitárias, evidenciada pelas medidas de redução do consumo e inserção de campanhas nos meios de comunicação. Nos resultados desta pesquisa, produzidos a partir de estímulos verbais, os estudantes disseram sentir falta de um momento, no ensino de Enfermagem, que contemple o conhecimento acadêmico que os habilite a assistir o alcoolista. Os docentes, no entanto, não revelaram a mesma preocupação, muito embora atender alcoolistas e outros dependentes seja uma prática freqüente nos campos de ensino e de assistência de Enfermagem.

Falar do alcoolismo e do alcoolista é a proposta em primeiro plano, mas não é a única, pois as outras farmacodependências também estão na mesma esteira de conhecimentos que estou propondo abordar. Cabe aqui refletir sobre a ampliação do tema, para incluir, além do alcoolismo, outras dependências químicas, pois na atualidade há uma reorganização do conhecimento sobre elas, além de inúmeras propostas de novas formas de tratamento.

Cabe ressaltar que, no mundo contemporâneo, o quadro epidemiológico tem se alterado significativamente, seja pela nova focalização conceitual de questões antigas, seja pela intensa mudança nos estilos de vida, ou ainda pela reestruturação cultural. Doenças, antes raras, hoje apontam entre as primeiras causas de mortalidade e morbidade. O alcoolismo aparece

como doença e exige enfrentamentos quer na formação de profissionais capacitados, quer na estruturação de sistemas de suporte.

Entretanto, o que constitui a mola propulsora das discussões é a forma com que a Enfermagem identifica e encaminha para atendimento o indivíduo portador de problemas relacionados ao alcoolismo.

O alcoolismo, especificamente como um problema de saúde, está muito presente no cotidiano de todos os profissionais nesta área, logo o que estou procurando é evidenciar, em primeiro lugar, como os docentes e alunos o focalizam a partir dos seus modos de representá-lo e de atuar como profissionais. Em segundo lugar, como essa imagem reforça ou anula a vontade de estudar e oferecer aos alunos a oportunidade de lidar com as inúmeras situações que possam encontrar em seu cotidiano no contato com alcoolistas ou outros tipos de dependentes químicos.

Portanto, ao pensar numa forma mais adequada de a Enfermagem assistir e ensinar sobre o alcoolista, não falo do saber puramente teórico, que reflete as diversas linhas de estudos acerca do tema, mas de um saber constituído por todas as formas de experiência que ofereçam suporte para a identificação do alcoolismo nos seus diversos estágios e para uma prática que possibilite ao enfermeiro e a outros profissionais da saúde manejarem a assistência à pessoa alcoolista, sem que os sintomas específicos da doença interfiram no olhar sobre o problema.

Se os contatos pessoais desagradáveis, ao lado dos preconceitos socialmente estruturados, podem constituir âncoras às representações sobre o alcoolista, o saber poderá favorecer novas formas de objetivação do problema, para que a intervenção profissional não contenha ações carregadas de negatividade e desprezo.

As Representações Sociais, como viga mestra desta pesquisa e, que lhe dão a sustentação teórica, permitem, pois, um mergulho do pesquisador, junto com os informantes, nas questões emaranhadas do ensino e da assistência de Enfermagem sobre as dependências químicas, tema sempre muito carregado de valores morais, tabus sociais, crenças e experiências pessoais. Moscovici (1981:181) diz que:

*“..por representação social nós queremos dizer um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no decurso do quotidiano, no decurso das comunicações interindividuais. Elas são equivalentes em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais, elas podem até mesmo serem vistas como uma versão contemporânea do senso comum”.*

Os profissionais de saúde não escapam a esses conceitos e explicações cunhadas no quotidiano, porque nele convivem como cidadãos, emaranhados nas mesmas determinações do convívio social, mas podem atualizá-las e processá-las, agregando novas informações e experiências.

As características da formação profissional, porém, não têm evoluído do conhecimento ampliado sobre os eventos patológicos ou patogênicos, mas de sua definição funcional e estrutural, organizando-se tradicionalmente como individualizada e curativista. Lembro, no entanto, que a concepção de cura e individualidade, nesse modelo, referem-se às funções biológicas e à estrutura comportamental dos enfermos, com a intenção de que voltem a ser "produtivos" e "normais".

Os conflitos socioafetivos dessas pessoas desempenham um papel fortuito e desagregado da intenção terapêutica, ou seja, não se constituem em problemas para o profissional de saúde atender, a não ser que venham a

interferir nos planos de assistência oferecidos, ou no andamento do trabalho pré-organizado e ultra-sistemático da instituição.

A Universidade, por sua vez, não se modernizou no Brasil, e faz o ensino ao modo mais conservador, pragmático e objetivista possível, consagrando as distâncias entre assistente e assistido. Os laços sociais desagregados no alcoolismo são íntimos e subjetivos demais para serem expostos ao ato terapêutico nas unidades hospitalares ou de saúde pública. Os docentes, não muito dispostos a rever sua própria imagem sobre o problema, a perpetuam através de silêncio, recusas, transferências e negação. Os alunos pressentem essas "faltas", mas não as podem desafiar ou superar; contentam-se em queixar-se, reafirmando os silêncios e as recusas.

## **1 - As Representações Sociais dos docentes e alunos de Enfermagem sobre o alcoolismo**

Decorrente de uma série de circunstâncias não evidenciadas na pesquisa, muitas questões aqui enunciadas refletem impressões que, como pesquisador, fui inferindo das referências explícitas e das entrelinhas, muitas vezes de certas metáforas, citações, histórias e imagens que eclodiam nos discursos, tanto pela forma usada nas descrições como pelos conteúdos.

Assim, as Representações Sociais formuladas constituem-se de material desde a identificação do alcoolista, até a intervenção informada, constituindo uma matriz representacional mais associada ao senso comum do que aos conteúdos científicos disponíveis. Percebi que há uma certa clareza dos aspectos que indicam ancoragem ou objetificação, possibilitando o

reconhecimento e tradução subjetiva do problema. O saber acadêmico, o convívio social e profissional são aspectos que concorrem para a formação de uma imagem do alcoolista, muitas vezes matizada de distorções, sentimentos ambivalentes, estereótipos e de outros sentimentos, geralmente negativos.

Assim, o quadro de imagens apresenta três componentes básicos que se constituem no corpo das Representações Sociais dos docentes e alunos sobre o alcoolista: (a) a imagem falada sobre o alcoolista, (b) sentimentos que o alcoolista suscita e (c) o alcoolismo como tema no ensino.

#### **a) A imagem falada sobre o alcoolista**

A representação sobre o alcoolista traduz aspectos de negatividade e desprezo, por um lado, aspectos de positividade e surpresa por outro. Em ambas as circunstâncias os componentes imagéticos carregam as experiências de contato quotidianos nos espaços da vida social.

O lado negativo da representação indica que o alcoolista é um rejeitado, manipulador, discriminado e marginal, agressivo com a família, principalmente com crianças e adolescentes. Além disso, enfrenta dificuldades para ser aceito no meio social, inclusive no sistema de saúde.

A positividade é revelada quando os docentes referem que o alcoolista é digno de compaixão e tem um “alto astral”, ou seja, é conversador, alegre, entusiasmado com algumas coisas.

Também é presente a imagem de uma pessoa que apresenta alteração da emoção e do humor.

A impressão de que os alcoolistas apresentam alterações nos aspectos emocionais é ancorada no fato de que, geralmente, estas pessoas, quando alcoolizadas mudam a sua maneira de se relacionar, ficando ora mais

hilariantes, ora mais depressivas ou mais agressivas e, às vezes, com a libido sexual aflorada.

O álcool é uma substância ativa que age no organismo humano sob condições específicas. As alterações se produzem de acordo com o limiar de tolerância de cada organismo, portanto uma mesma quantidade de álcool não produz obrigatoriamente os mesmos efeitos em todas as pessoas.

Outro aspecto que ênfase é que doses além do limiar de tolerância, geralmente, produzem efeitos depressores. É quando aparece o comportamento deprimido e, em algumas vezes, idéias suicidas. Doses aquém do limiar de tolerância, geralmente, produzem efeitos estimulantes, quando emerge a conduta correspondente ao humor eufórico. A euforia do alcoolista constitui-se numa conduta exacerbada na forma de se expressar e por isso determina algumas representações estereotipadas frente ao seu grupo social e aos profissionais da saúde.

Diante desses fatos, entendo e defendo a idéia de que o álcool por si só não é responsável pelas mudanças de comportamento da pessoa alcoolista. O que ocorre é que seu efeito depressor ocasiona a inibição do juízo crítico e então aparecem todos os impulsos instintivos, livres ou quase livres de censura.

A forma com que o alcoolista estabelece suas relações, geralmente pontilhadas de conflitos e inseguranças, possivelmente seja decorrente da inconstância do humor, das promessas não cumpridas, do desinteresse pelas coisas da vida familiar, pelo descontrole econômico e pelo desleixo pessoal, conduzindo-o para uma situação de auto-abandono e de abandono pelos outros. Isso determina uma representação social de que o alcoolista é sempre

um rejeitado que não consegue aceitação das pessoas com que precisa relacionar-se

Para ilustrar, relato aqui uma experiência vivenciada por um paciente de um grupo terapêutico sob minha coordenação. Ao sair para o expediente de trabalho, ele combinou com a esposa que iriam ao cinema. Ao final, do expediente, quando se dirigia para casa, resolveu passar no clube, por achar que era cedo para o cinema e então poderia conversar com os amigos e tomar “um aperitivo”, o primeiro sucedido por muitos outros. Ao chegar à sua casa, sem possibilidade de horário e de condições pessoais para ir ao cinema, encontrou a esposa tão aborrecida que já havia retirado seus pertences do quarto do casal e colocado em outro cômodo da casa. Esse gesto foi acompanhado de um pedido de separação. Depois de muito relutarem, a família e o paciente procuraram ajuda num serviço de saúde, de onde foi encaminhado para um grupo de ajuda, aderindo ao tratamento. Isso é apenas um exemplo, mas é bastante comum transtornos desta ordem na vida do alcoolista.

Existem muitos fatores que interferem na relação da pessoa alcoolista com o enfermeiro. Esse profissional é que fica mais tempo nos serviços de saúde e tem maiores oportunidades de ouvir e observar esse paciente. Quando os docentes e alunos referem o alcoolista como manipulador e “alto astral”, eles estão dizendo que é pessoa que se mostra receptiva, dizendo pretender ser aderente ao tratamento e disponível para “ajudar”. Mas que, por trás dessa disponibilidade e “bom humor”, existe a intenção de um favor, o que tecnicamente chama-se de “ganho secundário”. Embora tal conduta não seja comum a todos os alcoolistas, é bastante freqüente, tornando-se uma âncora para a representação dos docentes e alunos de Enfermagem, como a maneira

de o alcoolista estabelecer os seus vínculos com a sociedade e com os profissionais da saúde.

Quando o alcoolista aparece como uma pessoa de “alto astral”, docentes e alunos estão traduzindo a sensação de que estão frente a uma situação que não é comum no ambiente de atendimento, especialmente quando predominam outras representações, geralmente, de conotação negativa. Por outro lado, a conduta extrovertida, assinalada pelos respondentes, pode ser um componente sedutor, um instrumento de manipulação usado como meio de “domínio passivo”, que é uma forma usada com frequência pelo alcoolista.

É em situações como essa que os profissionais da saúde devem ter conhecimentos que lhes dêem condições adequadas, isto é, conhecimento técnico para compreender o alcoolismo como uma patologia e também para saber manejar as situações que envolvam formas de conduta diferentes, tais como a representação de que o alcoolista tem “alto astral”. Essa imagem, feita como uma constatação banal, pode ser uma representação agradável para o profissional, mas demonstra o pouco preparo que tem para lidar com pessoas alcoolistas.

Lembrando que alcoolistas e profissionais da saúde se cruzam e se relacionam no cotidiano, fica fácil compreender porque nos locais de atendimento à saúde perpassam comportamentos que reproduzem os valores sociais do senso comum relacionados ao alcoolista, quase sempre, impregnados das mesmas conotações negativas.

O alcoolista enfrenta dificuldades para ser aceito. Essa representação não é inédita, basta que uma pessoa qualquer observe um alcoolista e sua trajetória nas relações do dia-a-dia, para constatar que ele é evitado, algumas

vezes, de forma grotesca e desrespeitosa, inclusive pelo próprio grupo familiar, até mesmo se se considerar aquele que está fora de um serviço de saúde, porque nesses casos ele é discriminado desde o primeiro contato com o recepcionista e continua a sê-lo durante toda a sua permanência. Acredito que esta questão não se esgotará tão rapidamente, pois as representações negativas sobre o alcoolista estão fortemente estruturadas e somente um trabalho conjunto da academia, dos profissionais da saúde e da sociedade poderá revisar e mudar esse quadro representacional.

Mesmo quando os respondentes referem-se aos alcoolistas como sendo objeto de pena/compaixão, podem estar falando de dois sentimentos antagônicos. A primeira possibilidade poderá ser uma maneira de dizer que está se sentindo entristecido por ver um ser humano em condições tão precárias, sem vislumbrar qualquer perspectiva de uma vida saudável. Aqui, porém, cabe uma pergunta: O que este profissional faz para mudar essa situação? Como para essa questão não foi apontada nenhuma alternativa, pode-se pensar na segunda possibilidade, que traduz pena/compaixão como um sentimento de desprezo, de ver o alcoolista como alguém incapaz para a vida e para si próprio. Portanto, alguém que necessita de uma tutela.

Ver o alcoolista como uma pessoa agressiva é uma imagem constante entre os respondentes. Essa é, por certo, uma visão causada pela conduta de alguns alcoolistas, porque nem todos tornam-se ameaçadores. Essa visão generalizada provavelmente decorre do fato de que a agressão é sempre muito atemorizadora e determina uma representação ancorada no senso comum, que qualifica o alcoolista como alguém que perdeu ou diminuiu todas as formas de controle, principalmente sobre os impulsos agressivos.

Quando o alcoolista é percebido como uma pessoa agressiva, principalmente com adolescentes e crianças, essas denúncias feitas pelos respondentes correspondem às experiências por eles vivenciadas nos campos de prática do ensino, quando atendem pacientes nessa faixa etária. É nesse momento que acontecem atendimentos a crianças e adolescentes com lesões causadas por maus tratos que extrapolam os castigos físicos, transcendendo para castigos de cunho moral, quando estes são ridicularizados e menosprezados frente a pessoas estranhas. Também a privação do convívio com outras crianças e adolescentes é uma outra forma de violência. Ressalvem-se situações em que tais atitudes são tomadas como uma forma de “frear” a criança ou o adolescente frente a um perigo iminente, quando então passa a ser uma atitude sadia.

As explicações do parágrafo anterior procuram esclarecer que, também por conta de a pessoa ser um alcoolista, suas atitudes, desde que desagradem a sociedade, podem ser vistas como decorrentes do seu alcoolismo. Quando se olha questões dessa natureza, é sempre muito arriscado fechar qualquer parecer antes de um exame apurado dos fatos. Por outro lado, a representação que a sociedade e, por extensão, os profissionais da saúde têm, em relação ao humor do alcoolista, é sempre de que se trata de uma pessoa agressiva e descontrolada: imagem cujo grande risco é a generalização.

Por conta desses fatos, o alcoolista torna-se uma pessoa excluída do seu espaço familiar, social, do mundo do trabalho e evidentemente torna-se um discriminado. Por isso bebe mais e assim aumenta o seu papel de discriminado.

### **b) Sentimentos que o alcoolista suscita**

Também em relação a esse aspecto das Representações Sociais, há sentimentos que podem ser compreendidos como negativos e outros como positivos. É comum uma mistura de sentimentos, o que deixa os docentes mais vulneráveis às suas próprias emoções.

De um lado, demonstra pena/compaixão, sentimento de impotência por não poder ajudar o suficiente o alcoolista, de outro lado há medo e indiferença, até mesmo o desejo de abandoná-lo durante o tratamento.

Nessa mesma vertente de análise, aparece a “confissão” dos respondentes, dizendo que sentem uma sensação de impotência frente ao alcoolista. Procurando traduzir essas falas, pode-se pontuar algumas representações que os profissionais da saúde têm do seu fazer. A prepotência da profissão - que impõe aos profissionais o compromisso de dar conta de todas as questões da saúde -, a vaidade pessoal de alguns profissionais que se consideram possuidores de um saber amplo, e o pouco preparo na área das dependências químicas combinados, formam um rol de circunstâncias adversas ao enfrentamento dos sintomas emergentes do alcoolismo.

Viu-se, então, que a representação de impotência está embasada em outras representações que o profissional enfermeiro e os estudantes têm de si e da profissão.

O alcoolista é discriminado e marginalizado. Essa afirmativa corresponde ao que ocorre no cotidiano dos respondentes, quando esses observam e, por observar passivamente, participam de situações de atendimento, nas quais o alcoolista é encaminhado para outro local, sem um

exame prévio, ou então fica para ser atendido em último lugar. Na maior parte das vezes, ele é alguém que está incomodando, está no local errado, deveria estar sendo atendido na Psiquiatria. O local de atendimento geral não é lugar para atender alcoolistas, é para atender outros pacientes.

Frente ao exposto, pode-se dizer que existe uma representação negativa sobre a pessoa alcoolista e que, por ele ser discriminado nos locais de atendimento à saúde e fora destes, ele representa a imagem do marginalizado

O alcoolista lembra muitas vezes alguém conhecido, até mesmo tornando-se um espelho do próprio assistente, vítima do mesmo problema, em alguns casos.

Esses fatos provocam uma mistura de sentimentos naqueles que estão mais próximos, quer como pessoas do convívio cotidiano, quer como profissionais que prestam assistência a saúde. Então, raiva, temor, pena/compaixão, indiferença e evitação estão muito presentes nessa relação, que sempre é muito conturbada.

Compreendo os conflitos comuns nas relações do alcoolista com o seu meio social, como resultantes das características da relação de ajuda proposta, isto é, há sempre, de forma velada ou explícita, uma proposta de que este suste ou diminua a ingestão de bebidas alcoólicas. Isso significa para o alcoolista um caminho muito penoso, embora freqüentemente ele deseje mudar a sua maneira de se relacionar com o álcool, mas por não conseguir esse controle, ele passa a apresentar uma conduta que suscita sentimentos negativos e de rechaço.

É muito provável que, ao prestar cuidados ao alcoolista, venham à tona muitas imagens das experiências pessoais do profissional, já que, em se

tratando de alcoolismo, essa é uma vivência comum, quer com um parente próximo, quer com uma pessoa de significativa representação afetiva. Foi com esse olhar e a partir dessa realidade que os respondentes manifestaram as suas representações relativas aos alcoolistas por eles atendidos. A superposição de imagens entre o sujeito atendido e um familiar alcoolista é comum, gerando conflitos no atendimento, principalmente intervindo na objetividade necessária. São encontradas razões inúmeras para ocupar-se primeiro e mais atentamente com outros doentes que "precisam mais". Dessa maneira, o alcoolista não é efetivamente considerado um doente, mas como alguém que, não sabendo "controlar-se", acaba atrapalhando o trabalho, exigindo a atenção que poderia ser mais bem aproveitada.

Quero deixar claro que não há nesta análise nenhuma intenção de amenizar os problemas do alcoolismo, tampouco de abandonar a vertente principal das discussões, mas registrar a necessidade de compreensão das modificações na conduta do alcoolista, ao lado das mudanças orgânicas resultantes dos efeitos bioquímicos. Pessoas dependentes do álcool carregam, além desses males, sofrimentos pela perda da dignidade e do auto-respeito, necessitando suporte terapêutico humano que lhe restitua a confiança em sua própria capacidade de cuidar-se.

Quando os respondentes denunciam que o alcoolista provoca sentimentos de medo e de indiferença, eles estão dizendo que vêem o alcoolista como um ser ameaçador que, quando se impõe, o faz de uma forma autoritária, ou então assume uma postura de submissão, que passa o sentimento de indiferença. Tanto, porém, uma forma de comportamento como a outra pode ser compreendida como maneiras de se proteger da real insegurança. Por outro lado, os respondentes levam em consideração o que

realmente provém do comportamento e dos deslizes que estas pessoas costumam apresentar durante a sua vida alcoólica.

Se ficássemos a olhar somente por esse prisma, muito possivelmente teríamos uma visão parcial, porque entram em jogo a conduta determinada pelos sintomas próprios do alcoolismo ou por traços de personalidade, que emergem intensamente nesse caso, e também o provável pouco preparo dos profissionais da saúde, e especialmente os da Enfermagem, para manejar e assistir pessoas portadoras do alcoolismo.

Outro fator que pode concorrer para tais sentimentos é a possível experiência de vinculação afetiva com pessoas alcoolistas que tenham determinado experiências traumáticas. Então, os alcoolistas que chegam aos serviços de saúde são recebidos juntamente com uma carga de informações subjetivas, por lembrarem outros alcoolistas, outras relações, e pelo conjunto de representações, geralmente distorcidas e, por isso, carregadas de estereótipos negativos.

Existem muitas nuances do alcoolismo a serem desvendadas e compreendidas. Há, entretanto, uma questão que permeia, quase sempre, as manifestações, não só das pessoas comuns, mas também dos profissionais da saúde, que diz respeito ao saber sobre quando é realmente que a pessoa passa de bebedor sem problemas para alcoolista. Essa questão ocorre por conta do querer saber, para ter o conhecimento, mas também muito por temer a possibilidade de vir a tornar-se um alcoolista. Nesse caso, o alcoolista atendido nos serviços de saúde passa a ser visto como o espelho para aqueles que o atendem.

Quando os respondentes se colocam como imagens refletidas pelo espelho chamado alcoolista, eles estão falando de uma preocupação produzida

no campo representacional, de que o alcoolismo pode “bater na porta” de qualquer cidadão, independentemente do seu grau de instrução e “status” social. Também é verdade que o temor dos profissionais não ocorre por conta exclusiva da esfera representacional, mas pela realidade vivenciada destes como membros de uma sociedade consumidora de álcool. E, então, como disse Masur (1990), o difícil é distinguir quando é realmente que a cor rosa deixa de ser rosa e passa a ser vermelha, fazendo uma alusão ao bebedor sem problema e o alcoolista.

Lidar com pessoas alcoolistas exige conhecimentos que, além daqueles esperados na formação do enfermeiro, sejam capazes de dar conta das exigências próprias dessa doença, ou seja, conhecer os sintomas para saber identificá-la, mesmo quando está prestando um atendimento por outra queixa. Quando não existe tal domínio, o profissional sente-se impotente para o atendimento e isso poderá ser uma das causas da discriminação e do rechaço.

### **c) O alcoolismo como tema no ensino**

Esse componente sugere fortemente a concepção do alcoolismo como problema psiquiátrico ou como doença “séria”, sendo, pois, temática que não se encaixa em outras especialidades da enfermagem.

De uma certa maneira suscitou alguma surpresa que se houvesse projetado ouvir docentes de outras áreas, como Obstetrícia e Pediatria, principalmente.

O alcoolismo como um problema da Psiquiatria foi indicado no enfrentamento no ensino e na prática e consiste numa matiz que permeia os

resultados em toda a sua extensão. Em algumas falas, os respondentes são enfáticos nessa direção. Isso pode ser confortável para as outras áreas de conhecimento, que evitam defrontar-se com um tipo de sintoma que nem sempre estão preparados para assistir, mas certamente não o é para os alcoolistas usuários dos serviços de saúde que, na maior parte das vezes, encontram sérias dificuldades para serem atendidos.

Por longo tempo, o alcoolismo não foi olhado como um problema de saúde. Somente na década de 50, a Organização Mundial da Saúde passou a incluí-lo como uma entidade nosológica. Certamente, por essas características, o alcoolista passou a fazer parte de um espaço fronteiro entre os “doentes do corpo” e os “doentes da mente”, o que faz com que essas pessoas convivam com um situação desconfortável e muitas vezes de rejeição. É possível que a representação do alcoolista, como paciente da Psiquiatria, seja por conta dessa trajetória histórica da doença. Pelas suas características pessoais, pela maneira de viver e de se relacionar com a vida, o alcoolista faz parte de um grupo que não se enquadra nos padrões de comportamento estabelecidos pela sociedade. Logo, ele pertence a um grupo de excluídos. Pelo olhar social e muitas vezes técnico, ele é paciente da Psiquiatria, pois é para essa especialidade que, geralmente, são encaminhados os “diferentes”.

Como docente e como especialista, tenho uma visão diferente dos profissionais da saúde, especialmente dos docentes e alunos de Enfermagem, que participaram desta pesquisa, porque entendo o alcoolismo como causa de uma série de complicações, tanto na área biológica como social, familiar, e, é claro, psiquiátrica, sem no entanto caracterizá-lo como um problema exclusivo dessa especialidade. É, porém, consequência, também, de heranças genéticas,

hábitos culturais, desajustes psicossociais. Entretanto, todas as possíveis complicações clínicas decorrentes do alcoolismo, já apresentadas nesta pesquisa, devem ser vistas como elemento balizador do perfil do profissional da saúde e muito especialmente do profissional enfermeiro que certamente se defrontará, muito freqüentemente no seu cotidiano do trabalho, com situações de alcoolismo ou decorrentes do alcoolismo.

Embora não seja a intenção desta pesquisa, nem do pesquisador, interferir em outras áreas do conhecimento da saúde, posiciono-me contrário ao encaminhamento imediato de pessoas alcoolistas aos serviços psiquiátricos, quer de caráter hospitalar, quer de caráter ambulatorial, por entender que, antes de medidas “compulsórias” de encaminhamento, deve ser feita uma avaliação mais completa e apurada, para que se estabeleça um diagnóstico, no mínimo, mais preciso. Se isto for feito, diminuirão os riscos de um diagnóstico carregado de representações negativas e os encaminhamentos para a Psiquiatria como única alternativa. Certamente os alcoolistas que forem encaminhadas para essa especialidade receberão o tratamento mais adequado para suas necessidades e seus conflitos, mas há questões familiares e ocupacionais, para as quais a sociedade deve buscar soluções terapêuticas.

A bem da verdade, a compreensão do alcoolismo como uma doença é recente, não se encontrando ainda proposições tecnológicas adequadas às situações concretas. O profissional enfermeiro, mais especificamente na academia, pode investigar, provar e testar formas de assistência que sejam tecnicamente resolutivas, sem perder a característica humana no processo de cuidar.

Associando a questão da avaliação diagnóstica às formas de encaminhamento anunciadas pelos respondentes, sou remetido para uma

reflexão acerca da realidade expressa na pesquisa, por existir uma conduta instituída na academia, e nos locais de atendimento à saúde, de que a pessoa alcoolista deve ser encaminhada para a Psiquiatria. Essa prática evidenciando a representação de que os profissionais de outras especialidades, que não seja a Psiquiatria, não necessitam saber lidar com o alcoolista, porque esse já tem o seu “nicho terapêutico”.

Um outro caminho usado com frequência pelos profissionais da saúde para encaminhamento das pessoas alcoolistas é relativo aos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA), o que atende, de certa maneira, à compreensão dos membros dessa entidade, defensores do princípio de que somente um alcoolista pode ajudar outro alcoolista. No meu entender, entretanto, é um recurso complementar, mas com eficácia relativa, porque não responde a todas as questões do alcoolismo. Estou me referindo àquele alcoolista que usa mecanismos de negação, racionalização e outros para encobrir a doença e, muitas vezes, com participação de familiares que o “desculpam” e o “protegem”, por conta da concepção de que o alcoolista é uma pessoa fraca, carente, incompreendida. Esses são aspectos que o profissional da saúde precisa saber distinguir: entre a crença popular e os sintomas da doença objetivamente avaliados.

O enfermeiro parece desejar que o alcoolista, afinal, possa ser acompanhado e ajudado, de modo a resgatar o controle sobre si mesmo e sobre sua dependência. É o que a sociedade oferece, em termos de voluntariado, não havendo outras opções.

Terá a Enfermagem capacidade para oferecer uma ajuda profissional que contribua para a sustentação terapêutica? É certo que muito pouco se tem produzido em termos de conhecimento nessa área, disso deriva a necessidade

de se constatar as bases dessa situação e de se promover a reflexão sobre a estrutura curricular na graduação que, mesmo em sua última mudança, não contemplou as questões aqui apontadas. Os enfermeiros, espelhando a Representação Social sobre o tema, não assimilaram sua parte de responsabilidade profissional no conjunto da assistência à saúde, reproduzindo estratégias tradicionais.

Estes casos são de responsabilidade dos profissionais da saúde e principalmente da academia, que deve estar preparada para pesquisar todas as implicações bioquímicas, biofísicas, psicossociais, antropológicas e sociológicas do alcoolismo e ensinar seus docentes e seus alunos das ciências da saúde a reconhecerem e assistirem as pessoas portadoras deste problema de dimensões tão preocupantes.

Acredito que, por conta desse espaço nebuloso entre as representações que se tem do alcoolista e o que realmente acontece com ele em relação à saúde, pois criou-se um vácuo no conhecimento que urge ser preenchido com um saber específico e apresentado a todos aqueles que, de uma forma ou de outra, lidam com o alcoolismo e com o alcoolista.

O Diário Catarinense de 21 de junho de 1998 (p.4) traz o resultado de uma pesquisa do Instituto Nacional de Saúde e da Pesquisa Médica da França, aparecendo o álcool no topo dos “horrores”, como substância nociva, ao lado da heroína e da cocaína. Entendo que há agravantes para o álcool, especialmente se for pensado em termos do Brasil, onde essa substância é vendida livremente desde lojas especializadas até em inocentes padarias.

Quando os usuários do álcool dizem que “um pouco” é bom para o funcionamento do organismo humano, eles estão ancorados na representação de que essa substância faz parte da variedade alimentar, a ponto de ser

vendida até nas padarias. Essa representação traz o tema para o campo da discussão cultural, no qual se pode perguntar em que lógica repousa o hábito de as pessoas usarem bebidas alcoólicas durante as refeições? Ou, então, seria para o campo da bioquímica no qual se explica o fornecimento pelo álcool de calorias “vazias”, sem função nutricional, mas que produz uma sensação de bem-estar. De fato, ao contrário da representação de que um “aperitivo” estimula o apetite, ele elimina o apetite, especialmente por alimentos salgados. Portanto, estamos frente a uma controvérsia entre o senso comum e os achados científicos, especialmente bioquímicos.

Particularmente, entendo que esse é um tema que precisa ser aprofundado tanto para o conhecimento acadêmico, como para criar formas de saber das Ciências da Saúde, a fim de que se possa dar conta de tantas nuances que envolvem a questão do alcoolismo e do alcoolista.

A representação não objetificada gera uma controvérsia na análise, pois, ao mesmo tempo em que os respondentes consideram o alcoolismo como um problema que deve ser tratado na psiquiatria, eles o consideram “doença grave”. Se esses profissionais conseguem visualizar essa questão, existe a possibilidade de que eles possam reconhecer a necessidade de dar encaminhamentos adequados para o problema.

Outro aspecto que se evidencia neste trabalho é o saber necessário e o saber disponível da Enfermagem em relação ao tema, ambos resultantes das respostas das entrevistas.

Parece não haver dúvidas quanto a esses dois pontos, ou seja, o saber necessário foi identificado como o conduzir uma entrevista e a elaboração da história da doença, saber identificar o problema, saber avaliar as intercorrências clínicas, saber encaminhar a pessoa portadora do alcoolismo.

Quanto ao saber disponível, necessita-se de uma revisão e um redimensionamento nos programas de ensino de Enfermagem em relação ao assunto.

Essa representação concorre para que se forme uma certa confusão entre o ser e o ser possível. Enquanto não se estabelecer uma situação concreta de sintomas relativos ao alcoolismo, todos têm uma imagem de que consigo não vai acontecer, mas todos sabem também que são humanos e portanto passíveis da doença. É bastante possível que os sentimentos dos informantes frente aos pacientes alcoolistas, estejam ancorados nas experiências pessoais e nas observações profissionais, acrescidas dos valores culturais trazidos dos grupos sociais onde estão inseridos.

Para sintetizar, e considerando o conteúdo representacional emergente nesta pesquisa, cabe-nos tecer alguns comentários. A figura da pessoa alcoolista foi sempre vista sob a lente dos valores culturais, morais, sociais e outros. Isto, por si só, determina diferentes formas de olhares que dependem da cultura, do momento, e principalmente de quem olha. Estou dizendo que a maneira de viver e de se relacionar da pessoa alcoolista determina, quase sempre, uma gama de representações que vão estar ancoradas em todos eses valores.

## CAPÍTULO VII

### PARA CONCLUIR

Antes de caminhar para as idéias conclusivas, ponho-me a refletir acerca do tema e muitas imagens povoam os meus pensamentos. Lembro-me do “Zé”, aquela figura frágil que escolheu viver e morrer bebendo. Lembro-me de muitos outros alcoolistas, com os quais cruzei em situações terapêuticas. Lembro-me da minha decisão de entender o alcoolismo através dos conceitos e desenvolver, na prática, capacidade para compreender e encaminhar as questões do alcoolismo. Lembro-me também dos questionamentos a que fui submetido por colegas e outros profissionais acerca do meu interesse pelo tema alcoolismo.

Hoje, tenho certeza de que foram esses desafios que sustentaram o meu interesse pelo tema e, portanto, a conclusão deste estudo significa mais que uma etapa cumprida dentro da caminhada acadêmica. Significa a comprovação de que a minha obstinação em estimular outros colegas para uma discussão acerca do alcoolismo começa a acontecer.

A experiência de dividir formalmente a minha preocupação com os respondentes, que foram 48 docentes e 6 estudantes das 6 IFES do Sul do Brasil, e também com os 5 docentes de uma Instituição privada, que participaram para a testagem do roteiro, foi além do esperado. Constituiu-se num momento de trocas que espero continuem a acontecer e sejam ampliadas.

Além dos colegas que contribuíram significativamente para a consecução deste trabalho, o contato informal com outros docentes e alunos alargou o horizonte, constituído de pessoas que passaram a conhecer os objetivos da pesquisa e a proposta nela existente.

A observação que desenvolvi ao longo do tempo, como enfermeiro assistencial e como docente, aponta para uma realidade que constitui na tese de que o saber teórico e a prática para assistir o alcoolista são caminhos que não se encontram. Portanto, verificar a visão dos docentes e alunos de Enfermagem, frente ao indivíduo alcoolista, na forma de Representações Sociais, foi a questão norteadora desta pesquisa.

Os resultados apontam para uma vertente conclusiva, que nos possibilita visualizar algumas proposições, como:

a) O uso da teoria das Representações Sociais, como sustentação teórica, foi suficiente para chegar-se aos resultados que se tornaram elementos de discussão e de subsídios das conclusões.

b) A tese de que os docentes e alunos de Enfermagem apresentam um saber desqualificado para assistir pessoas alcoolistas é verdadeira. Entretanto, há convergência entre as fragilidades teóricas e as dificuldades da prática.

Saber identificar o alcoolismo dentre os outros problemas de saúde que ocorrem nos locais de atendimento, independentemente do motivo da consulta, é uma condição básica e necessária para o profissional enfermeiro dizer-se habilitado para assistir a pessoa alcoolista. Isso, não se evidenciou nos resultados da pesquisa, porque os respondentes apresentam uma visão de conhecimento semelhante à encontrada nas pessoas que fazem parte do quotidiano do alcoolista, isto é, valem-se dos aspectos relativos à aparência

física, maneira de andar, hálito alcoólico, faces edemaciadas, olhos injetados, pelas informações de outras pessoas e dos registros no prontuário do paciente.

Além das evidências já apresentadas, em relação às fragilidades dos docentes e alunos em identificar e prestar assistência ao alcoolista, outras questões inerentes a este atendimento não foram referidas como conhecimento disponível para tal fim. Falo dos conhecimentos necessários para atender qualquer intercorrência do alcoolismo, como:

- atender as complicações clínicas decorrentes ou associadas que exigem tomadas de decisões terapêuticas urgentes ou de rotina;
- ter disponibilidade interna e condições psicológicas para lidar com a pessoa alcoolista e manejar os conflitos decorrentes dessa relação ou próprios do doente;
- dispor de uma visão sociológica que possibilite uma compreensão do alcoolismo e do alcoolista dentro do contexto social onde ele vive, sendo, portanto, agente e paciente dessa cultura.

Tudo isso deve ser levado em conta para que a conduta terapêutica, as orientações e a forma de tratamento possam contar com aliados na sociedade e na família.

Existem limitações em manejar os episódios decorrentes da conduta do alcoolista, porque significa um enfrentamento difícil, provavelmente por conta dos sentimentos e imagens negativas em relação à pessoa alcoolista. Também é verdade que os docentes e alunos carregam consigo vivências profissionais e pessoais que, geralmente, se superpõem aos “dogmas” da academia.

Reconhecer quando um alcoolista apresenta complicações clínicas, cujos sintomas sejam, naquele momento, mais importantes do que os da doença original, bem como assistir ou encaminhar para uma assistência que dê conta dos problemas, é outro ponto em que a Enfermagem deixa a desejar.

Chegou-se a essa compreensão, através da decodificação das respostas e pela análise dos dados, especialmente, os que estão localizados no Capítulo IV deste estudo, em que os docentes e alunos descrevem diferentemente as maneiras de olhar, assistir, encaminhar o alcoolista nos locais de ensino e de assistência à saúde.

c) Olhando os objetivos da pesquisa, pode-se dizer que se chegou aos propósitos destes, mas cabe comentar alguns aspectos em particular como elementos significativos para essas considerações sobre o ensino e a assistência de Enfermagem.

A realidade representacional que permeou este estudo demonstra que o alcoolista é percebido pelos docentes e alunos da Enfermagem, dentro de uma moldura igual a que é usada pela sociedade. Portanto, neste estudo, não existe uma diferença significativa entre a representação do senso comum e a dos docentes e alunos da Enfermagem. Donde se conclui que, por não estarem suficientemente instrumentalizados nessa área do conhecimento, eles carregam consigo as discriminações e os estereótipos da sociedade onde estão inseridos. Isso é o que, provavelmente, lhes confere um caráter deficiente para prestar ações de Enfermagem ao indivíduo alcoolista.

Como uma perspectiva psicossocial, o alcoolismo continua a ser visto como uma doença que, por suas características, deve ser tratada dentro de um enquadre terapêutico particular. Logo, a pessoa alcoolista também é vista como um doente “especial”. Acredito que essa visão sobre a pessoa

alcoolista, e que perpassa fortemente pela academia, tem se constituído num agravante que localiza essa pessoa num espaço indefinido do saber e daí para a Psiquiatria, que, para mim, também não é o local de atendimento para todos os alcoolistas.

Na perspectiva do ensino e da prática de Enfermagem, este estudo demonstra existirem lacunas que limitam os docentes em poderem avançar dos conhecimentos e práticas tradicionais para uma forma mais atualizada como requer o problema. Como conseqüência, o profissional da assistência, geralmente produtos desse mesmo ensino, também apresenta as mesmas dificuldades. Os estudantes, que passam por esse processo, também serão profissionais com a mesma visão. Está formado um “círculo vicioso” que precisa ser modificado.

Os objetivos propostos neste estudo foram alcançados. Não se esgotou, entretanto, a discussão sobre o tema. Ao contrário, abre-se a perspectiva para outros estudos e outras discussões.

Para configurar o segundo objetivo deste estudo, apresento uma proposta para ser discutida no meio acadêmico da Enfermagem, principalmente nos Cursos participantes da pesquisa.

Conforme o estudo desenvolvido, ficou claro que o alcoolismo é uma doença que pode aparecer em todos os locais de atendimento à saúde, e que a presença do alcoolista torna-se uma preocupação adicional para os profissionais da saúde. Acredito que esse tipo de dificuldade acontece porque estes profissionais não têm o preparo necessário para esse tipo de assistência. Por isso se impõe uma revisão dos conhecimentos específicos do alcoolismo no meio assistencial e acadêmico.

Como primeiro passo, proponho a realização de cursos de atualização sobre dependência química com ênfase em alcoolismo, com tópicos que abordassem: como instrumentalizar os enfermeiros e docentes para identificar o alcoolismo através dos sinais e sintomas; como dar assistência nos casos de intercorrências clínicas e dos sintomas específicos do alcoolismo; como manejar as situações decorrentes da conduta do alcoolista e encaminhá-lo para atendimento específico, quando for necessário.

Esta proposição se impõe, pois o problema está aí, forte, presente e constrangedor, não se podendo esperar anos até que o ensino formal se reestruture para renovar as formas assistenciais.

Como segundo passo, é necessária a construção de um material teórico voltado para as necessidades da enfermagem, com uma linguagem da profissão, que virá a constituir-se como parte do material didático específico para esse campo do conhecimento. Nesse caso, a começar pelos docentes e alunos, é fundamental reconhecer os desafios culturais e psicossociais que envolvem o alcoolismo, além de considerar o teste de novas formas de assistência que incluam valores profissionais.

Como terceiro passo, há que se inserir, nas disciplinas da graduação, tópicos que relacionem o alcoolismo com as diversas especialidades. Assim, o tema alcoolismo passa a ser desenvolvido associado a outros conhecimentos, constituindo-se em bases adequadas para uma assistência adequada e individualizada, que vise tanto ao doente quanto a sua família, para que o espaço das relações afetivas e a inserção social se tornem propícios para sua recuperação e manutenção da sobriedade, fundamentais para a continuidade da vida com dignidade e auto-respeito.

Na Enfermagem em Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Saúde Pública, Traumatologia e Emergência, dentro da carga horária curricular, devem também ser inseridos conteúdos sobre alcoolismo que sejam desenvolvidos concomitantemente com as fisiopatologias da área a serem desenvolvidas, sempre fazendo uma ponte de ligação entre as possíveis complicações causadas pelo álcool e o problema em si. Em qualquer uma dessas situações, ter alguns pontos em comum, ou seja, reconhecer o alcoolismo, avaliar a gravidade e a extensão do problema, manejar as manifestações do alcoolista e encaminhá-lo, quando for necessário, são tarefas terapêuticas que exigem habilidades e conhecimentos especiais.

Para a Enfermagem Obstétrica, embora essa especialidade tenha uma imagem de não ter problemas com o alcoolismo, os especialistas poderão se defrontar com sérias questões relativas ao problema. Por exemplo, mães que fazem uso de bebidas alcoólicas durante a gestação, e que se tornaram ou já eram alcoolistas, comumente apresentam dificuldades de relacionamento com a equipe hospitalar, são pouco colaboradoras durante o parto e têm um comportamento agitado. Por outro lado, quando o parceiro ou outro familiar é alcoolista e vem ao hospital para reivindicar deferências especiais, muitas vezes absurdas, se instala um clima de apreensão e desconforto, com possíveis reflexos à parturiente e ao bebê.

Nesse caso deve-se, acrescentar ao conteúdo específico da disciplina os sinais e sintomas do alcoolismo, para a identificação dos casos dessa natureza, que por ventura ocorrerem, e os princípios básicos do manejo e encaminhamentos necessários.

Para a Enfermagem Pediátrica, há necessidade de inserção de conteúdos que atendam às necessidades de conhecimento sobre alcoolismo,

considerando alguns aspectos tais como: crianças nascidas de mães alcoolistas, que apresentem comprometimentos neurológicos, baixo peso, sintomas de abstinência nas primeiras 48 horas do nascimento; crianças vítimas de maus tratos por adultos alcoolistas, geralmente, da família; crianças que se iniciam cada vez mais cedo no uso do álcool, em torno dos oito ou dez anos de idade, com severas complicações; adolescentes usuários do álcool, geralmente cruzando com outras drogas. Todos esses são problemas cada vez mais freqüentes.

Assim, a Enfermagem Pediátrica, além do seu saber específico, necessita saber identificar os sinais e sintomas do alcoolismo, conhecer a conduta do adolescente sadio e compará-la com condutas patológicas, quando houver história de uso de fármacos psicoativos ou álcool, a fim de definir a conduta terapêutica adequada. Mais do que esses conhecimentos, o Enfermeiro Pediátrico deve estar preparado para, em todos os atendimentos inerentes a sua especialidade, identificar e dar solução para as diversas possibilidades de intercorrências de álcool e outras drogas na causa principal do atendimento.

Quando falo em habilidades e conhecimentos para prestar cuidados ao alcoolista, estou procurando dizer que, antes de ele ser visto como uma “patologia”, é imperioso que se o veja como uma pessoa que tem uma doença e por isso tem direito aos cuidados de profissionais habilitados.

Além dos conhecimentos e habilidades que o profissional enfermeiro traz com a formação básica, para assistir o alcoolista ele necessita de alguns conhecimentos específicos, como por exemplo, saber qual é a ação bioquímica do álcool etílico no organismo humano e identificar os sinais patognomônicos decorrentes dessa substância, quando houver.

Deve também ter conhecimentos em Psicologia, que possibilite entender e manejar a psicodinâmica do alcoolista e sua família, muitas vezes com o seu grupo social, que representa a família expandida, além de compreender e saber manejar a relação que o alcoolista procura estabelecer com os profissionais da saúde, geralmente matizada por conduta sedutora.

Entendo, ainda, que para se conseguir uma abordagem adequada com o paciente alcoolista é necessário atentar para aspectos do cotidiano do trabalho assistencial para decodificar as suas mensagens e ter clareza quando orienta ou discute alguma situação que envolva a relação terapêutica.

Conhecer a história de vida, os valores culturais e também as crenças do alcoolista que procura atendimento, são pontos que podem facilitar a abordagem terapêutica e tornar a interação terapeuta - paciente um recurso eficaz da assistência.

Assim, também, é preciso entender que as Representações Sociais dos docentes espelham, por sua vez, valores e crenças sobre o alcoolista, os quais serão reproduzidos no processo de ensino da Enfermagem.

Pelo resultado desta pesquisa, são sugestivos de Representações Sociais carregadas de estereótipos negativos e falta de informações técnicas, o que indica a necessidade de produzir situações pedagógicas para que o tema seja abordado como componente de vida concreta de todos, sejam eles profissionais da saúde, sejam usuários dos serviços assistenciais.

Com isso, supõe-se que possam ser oferecidas oportunidades para, refletindo sobre o alcoolismo, encontrar formas pessoais de enfrentamento do problema, constituindo-se estratégias tanto do ponto de vista biotécnico como psicossocial.

A intenção deste trabalho foi de provocar uma discussão para que a academia reconheça a atualidade e extensão do problema do alcoolismo na sociedade contemporânea e incorpore essa temática no desenvolvimento do ensino da enfermagem, de modo a instrumentalizar os profissionais para uma assistência qualificada.

## BIBLIOGRAFIA REFERENCIADA

ARAÚJO, Lylian Dalete Soares. **Querer/poder amamentar: uma questão de representação?** Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

ARAÚJO, Mitiyo Shoji. **Estudo das crenças sobre o alcoolismo.** Porto Alegre, 1983. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

ASSUNÇÃO, Ari Nunes; LEOPARDI, Maria Tereza. Representações sociais de enfermeiros de emergência sobre o alcoolista. **Cogitare enfermagem**, Curitiba, v.1, n.1, Departamento de Enfermagem da UFPr, 1996.

ASSUNÇÃO, Ari Nunes. **Ação do enfermeiro psiquiátrico na assistência a clientes alcoolistas.** Porto Alegre, 1983. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Tradução por Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal: Edições 70. 1977, 225p.

BARROS, Sérgio ; GALPERIN, Bruno. Problemas clínicos comuns ao alcoolismo In: RAMOS, Sérgio de Paula, et al. **Alcoolismo hoje.** 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.75-99.

BERTOLOTE, José Manoel. Alcoolismo tem cura? São Paulo: **visão**, São Paulo, v.- n.- p.43-46, out., 1982.

- BERTOLETE, José Manoel. Conceitos em alcoolismo. In: RAMOS, Sérgio de Paula et al. **Alcoolismo hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.15-24.
- BISSEL, Le Clair. Diagnóstico e reconhecimento. In: GITLOW, Stanley P.; PEYSER, Herbert. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Tradução por Beatriz Costa Pinto Zonari. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p.36-58.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas**. Brasília, 1991.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. Brasília, 1994.
- CORMILLOT, Alberto; LOMBARDINI, Juan Carlos. **Beber o no beber: esa es la cuestión?** Buenos Aires: Paidós, 1991. 274p.
- D'ALBUQUERQUE, Luiz A. Carneiro ; SILVA, Adávio de Oliveira E. **Doença hepática alcoólica**. São Paulo: Sarvier, 1990. 342p.
- DINIZ, Sebastiana A. ; RUFINO, Márcia C. Influência das crenças do enfermeiro na comunicação com o alcoolista. **Rev. Latino Amer. Enfermagem** Ribeirão Preto, v. 4 n.º esp., p.17-23. abr., 1996.
- DINIZ, José Cláudio. **Enfermagem: uma proposta para atuar com famílias de indivíduos alcoolistas, baseado no método de Paulo Freire**.

Itajaí, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

DOMINGO, Joaquin Santo. Historia del Alcohol y sus Problemas. La Situación en España. In:----- . **No te rindas ante el alcohol**. Madrid, Ediciones Rialp, 1990. 143p.

DURKHEIM, E. As formas elementares da vida religiosa, o sistema totêmico na Austrália. **Émile Durkheim**; tradução por Paulo Neves , São Paulo: Martins Fontes, 1996 (coleção tópicos).

EDWARDS, Griffith. **O Tratamento do alcoolismo**. Tradução: José Manoel Bertolote. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 292p.

ELKIS, Hélio, Definição e critérios no diagnóstico do alcoolismo. In: FORTES, J. R. Albuquerque ; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991. 327p.

FERNANDES, Luiz Nelson T. Complicações neurológicas do alcoolismo In: RAMOS, Sérgio de Paula et al. **Alcoolismo hoje**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p.100-115

FORTES, J. R. Albuquerque. Histórico do alcoolismo. In: Fortes, J. R. Albuquerque ; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Sarvier, 1991. 327p.

GITLOW, Stanley E. ; SEIXAS, Frank A. As complicações médicas do alcoolismo. In: GITLOW, Stanley E. ; PEYSER, Herbert. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. P.167-189.

GITLOW, Stanley E. ; PEYSER, Herbert S. **Alcoolismo: um guia prático de tratamento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.311p.

GUARITA, Dulce Reis ; MOTT, Carlos de Barros. Álcool e pâncreas. In: FORTES, J. R. Albuquerque ; CARDO, Walter Nelson. **Alcoolismo, diagnóstico e tratamento.** São Paulo: Sarvier, 1991. p.102-111.

JODELET, Denise. Représentations sociales: un domaine en expansion. In:----- . **Les représentations sociales.** Paris: Presses Universitaires de France, 1989.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: ----- . ; GUARESCHI, Pedrinho (org.). **Textos em Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994.

LARANJEIRA, Ronaldo ; PINSKY, Ilana. **Alcoolismo.** São Paulo: Contexto, 1998. 61p.

LAPOUGE, Gilles. Álcool entra em baixa e cannabis está em alta: nova classificação de drogas reacende a controvérsia sobre substâncias como bebidas e fumo. **Diário Catarinense,** Florianópolis, SC, 21 jun 1998. Página Quatro, p.4, cl-3.

LAZO, Donald M. **Alcoolismo: O que você precisa saber.** 2. ed. São Paulo: Paulinas, 1989. 157p.

LEMOS, Denildes de O. **As Representações do Grupo Familiar de Gestantes Sobre Gravidez: uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal.** Florianópolis, 1994. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

MANUAL Diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DMS-IV), 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MASUR, Jandira. Etiologia do Alcoolismo. In: D'ALBUQUERQUE, Luiz A Carneiro ; SILVA, Adávio de Oliveira. **Doença hepática alcoólica.** São Paulo: Sarvier, 1990. p. 09-13.

MASUR, Jandira. **O Que é alcoolismo.** 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991. 74p.

MERLOS, Antônio Simão Gil. **Aceitação e Rejeição do Alcoolismo: um estudo com alunos de Enfermagem.** Ribeirão Preto: 1985, Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de Pós-Graduação, em Enfermagem. Universidade de São Paulo.

MILAM, James R. ; KETCHAM, Katherine. **Alcoolismo, os mitos e a realidade.** Tradução por Auriphebo Berrance Simões. São Paulo: Nobel, 1986. 218p.

MOSCOVICI, Serge, Prefácio In: GUARESCHI, Pedrinho ; JOVCHELOVITCH, Sandra. **Textos sobre representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1994. p.7-16.

MOSCOVICI, Serge. **A Representação social da psicanálise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 291p.

MOSCOVICI, Serge. Sobre representações sociais. In: ----- **Sociais cognition: perspectives on everyday understanding.** Londres: Joseph Forgs, Academic Press, 1981.

NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia Maria. **Dimensões da dor no câncer:** Reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: Robe, 1997. 234p.

PEYSER, Herbert S. Implicações do modelo de doença para a psicoterapia e o aconselhamento. In: GILTOW, Stanley E. e PEYSER, Herbert S. (org.) **Alcoolismo: um guia prático de tratamento.** Tradução de Beatriz Costa Zanari. Porto Alegre: Artes Mécicas. 1991. 331p.

SÁ, Celso Pereira de. **Núcleo central das representações sociais.** Petrópolis: Vozes, 1996. 189p.

SCHUCKIT, Marc. **Abuso de álcool e drogas.** Tradução por Ane Rose Bolner. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 356p.

SCHUTZ, A. **Collected Papers I "Commonsense and Scientific Interpretations of Humam Actio".** Hague: Martinus Nijhoff, 2. ed., 1973.

SILVA, Luiz Caetano da ; CARRILHO, Flair José. Álcool e figado. In: FORTES J. R. Albuquerque ; CARDÓ, Walter Nelson. **Alcoolismo: diagnóstico e tratamento.** São Pulo: Sarvier, 1991. p.88-101.

SILVA, Mara Regina Santos da. **Família e alcoolismo: em busca do conhecimento.** Florianópolis: 1996. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

SKINNER, Harvey A. A validação da síndrome de dependência: será que atingimos a meia-vida desse conceito? In: EDWARDS, Griffith e LADER, Malcom e colaboradores. **A Natureza da Dependência de Drogas.** Tradução: Rose Eliane Starosta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 285p.

SOUZA, João Batista de. A concepção de alcoolismo enfermidade. In: **Informações psiquiátricas**, v. 11 supl 1, Rio de Janeiro: 1992.

SPINK, Mary Jane e col. **O Conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense, 1993. 311p.

STEFANELLI, Maguida C. **Comunicação com paciente: teoria e ensino.** 2. ed. São Paulo: Robe Editorial. 1993. 200p.

TAJEFEL, Henri. **Grupos humanos e categorias sociais: Estudo em psicologia social.** Tradução por Lígia Amâncio. Lisboa: Livros Horizonte, 1982.

TRIGUERO, Maria Cristina V.G. **Velhice perda ou ganho?** Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em psicologia social) - Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

ZEITUNE, José Murilo Robilotta, ; MASSUDA, Helena Keiko ; BETTARELLO, Agostinho. Álcool e Tubo Digestivo. In: FORTES, J. R. Albuquerque ; CARDO Walter Nelson **Alcoolismo**: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991.p.75-87.

## **ANEXO I**

### **DOCENTES**

Relação dos estímulos verbais ou questões aliciadoras de respostas que se constituem num rol de questões abertas com vistas a obter respostas que atendam os objetivos da pesquisa.

1. Ha quanto tempo você está formada (o) e a quanto tempo exerce a função de docente?
2. Qual a sua especialidade ou sua área de atuação?
3. Em seu ambiente de ensino prático, ocorrem atendimentos a alcoolistas?
4. Como você identifica um alcoolista?
5. O que você pensa sobre a pessoa alcoolista?
6. Como você lida com um alcoolista na sua prática de ensino?
7. Em sua especialidade, que problemas você encontra relacionados ao alcoolismo?
8. Quais os temas relacionados ao alcoolismo que você aborda no ensino de Enfermagem?
9. Quais os sentimentos que o alcoolista mobiliza em você?
10. Em suas relações afetivas existe alguma pessoa que você considera alcoolista?

## **ANEXO II**

### **ALUNOS**

Relação dos estímulos verbais ou questões aliciadoras de respostas que se constituem num rol de questões abertas com vistas a obter respostas que atendam os objetivos da pesquisa.

1. Em seu ambiente de aprendizagem prática, ocorrem atendimentos a alcoolistas?
2. Como você identifica um alcoolista?
3. O que você pensa sobre a pessoa alcoolista?
4. Como você lida com um alcoolista, considerando a assistência e a aprendizagem?
5. Em seu curso, até o momento, que problemas você encontrou relacionados ao alcoolismo?
6. Quais os temas relacionados ao alcoolismo que foram abordados durante o seu período de estudante?
7. Quais os sentimentos que o alcoolista mobiliza em você?
8. Em suas relações afetivas existe alguma pessoa que você considera alcoolista?

**ANEXO III**

UFRS - ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL  
DISCIPLINA: ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA II  
REGENTE: REGINA BEATRIZ KIRSTEN BARBISON  
1993/2

## PLANO DE ENSINO

PORTO ALEGRE, AGOSTO DE 1993

### INTRODUÇÃO

A disciplina ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA II tem seu enfoque voltado para diversos níveis de prevenção entendendo que a enfermagem psiquiátrica, segundo TRAVELBEE, é um processo interpessoal em que o profissional de enfermagem assiste ao indivíduo e comunidade na promoção de saúde mental, na

UFRGS - ESCOLA DE ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL  
DISCIPLINA: ENFERMAGEM NA SAUDE MENTAL E PSIGUIATRIA II  
REGENTE: REGINA BEATRIZ KIRSTEN BARBISAN  
1993/2

PLANO DE ENSINO

PORTO ALEGRE, AGOSTO DE 1993

## INTRODUÇÃO

A disciplina ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA II tem seu enfoque voltado para diversos níveis de prevenção entendendo que a enfermagem psiquiátrica, segundo FRAVELBEE, é um "processo interpessoal em que o profissional de enfermagem assiste ao indivíduo, família e comunidade na promoção de saúde mental, na prevenção da doença e auxilia no processo de tratamento e reabilitação daqueles que enfrentam experiências de doença mental".

Será desenvolvida em hospitais psiquiátricos em hospital geral e ambulatoriais, proporcionando ao aluno conhecimento de diferentes modalidades de atendimento em psiquiatria para adultos e idosos.

O aluno participará de uma equipe multiprofissional, proporcionando e colaborando na assistência dos indivíduos em internados ou atendidos. Vivenciará situações de crise: crises de pacientes (considerando sua saída e admissão na comunidade); crises da equipe que se originam com frequência do inadequado envolvimento emocional com os pacientes, conflito a respeito de papéis. Estas crises serão trabalhadas no confronto "face a face", levando integrantes a resolvê-los com maior possibilidade de crescimento e aprendizagem.

Pela riqueza dessa vivência, consideramos indispensável que o aluno de enfermagem desenvolva na disciplina Enf 321 este aprendizado e desta forma seja preparado para uma assistência de enfermagem adequada a indivíduos e grupos com problemas em situação de crise e doença mental.

## 1. IDENTIFICAÇÃO

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Escola de Enfermagem  
Departamento de Assistência e Orientação Profissional

## 2. CARACTERÍSTICAS DA DISCIPLINA

Código: Enf 324  
Nome: Enfermagem na Saúde Mental e Psiquiatria II  
Pré-Requisito: Administração da Assistência de Enfermagem Materno-Infantil - Enf 316  
Assistência de Enfermagem ao Adulto I - Enf 314  
Carga Horária: 180 horas  
Créditos: 12  
Cursos aos quais é oferecida: Enfermagem

## 3. SUMULÁ

A disciplina enfoca os diversos quadros psicológicos encontrados mais frequentemente, bem como a respectiva assistência de enfermagem, patologias estas verificadas nas instituições e ambulatórios.

Enfoca também a compreensão interna dos alunos frente as dificuldades vivenciadas junto a pacientes, equipe, colegas e professores.

## 4. OBJETIVO GERAL

Proporcionar conhecimentos básicos e situações de ensino aprendizagem que permitam ao aluno compreender e desenvolver a assistência de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, tanto na área hospitalar geral, ambulatorial, como na especialidade, assessorando-o simultaneamente nos seus aspectos emocionais, com também da clientela.

## 5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 5.1. Assessorar o aluno na crise inicial de contato com pacientes psiquiátricos;
- 5.2. Orientá-lo quanto a normas e rotinas do local de estágio;
- 5.3. Oportunizar ao aluno a verbalização e o exame de vivências e sentimentos despertados no início e ao longo do estágio;
- 5.4. Auxiliar o aluno a perceber seu envolvimento afetivo com os pacientes;
- 5.5. Oportunizar ao aluno o desenvolvimento da autocritica;
- 5.6. Oportunizar ao aluno a sua participação ativa nos programas de tratamento desenvolvido junto aos pacientes e familiares pela Equipe da Unidade Hospitalar ou Ambulatorial;
- 5.7. Oportunizar ao aluno a avaliação do seu desempenho na elaboração e execução do plano terapêutico da comunidade hospitalar ou ambulatorial, bem como o de seus colegas;
- 5.8. Levar o aluno a utilizar os seus próprios recursos internos e os recursos das instituições, como instrumentos terapêuticos;
- 5.9. Orientar, assessorar e supervisionar o aluno no desenvolvimento de suas atividades teórico-práticas, para que, no final da disciplina seja capaz de:
  - 5.9.1. Caracterizar uma situação de crise e identificá-la sempre que esta situação se apresentar;
  - 5.9.2. Desenvolver as ações de enfermagem adequadas ao indivíduo em crise, considerando seu meio familiar e comunitário;
  - 5.9.3. Estabelecer as características comportamentais em clientes com perturbações neuróticas, psicóticas, de personalidade e de dependência de álcool e drogas;
  - 5.9.4. Manejar de forma adequada os indivíduos com estas perturbações;
  - 5.9.5. Orientar familiares e amigos de clientes no manejo destas;
  - 5.9.6. Avaliar as condições bio-psico-sociais do paciente e identificar os sintomas que apresenta em suas diversas funções mentais;
  - 5.9.7. Identificar no paciente os aspectos sadios e integrados de sua personalidade e desenvolvê-los através de sua relação terapêutica e atividade socioterápicas;
  - 5.9.8. Conduzir uma entrevista com paciente e familiares, identificando necessidades e problemas;
  - 5.9.9. Determinar as ações do enfermeiro para o atendimento destas necessidades e problemas;
  - 5.9.10. Conhecer as diversas patologias mentais e seu respectivo tratamento;

- 6.9.11. Identificar o papel da Equipe de Tratamento, particularmente o do Enfermeiro no atendimento do paciente e da sua família;
- 6.9.12. Manejar as situações de ansiedade e de crise do paciente e familiares, bem como dos grupos dos quais participa.

## 6. CONTEUDO PROGRAMÁTICO

- 6.1. Características do adulto e velho;
- 6.2. Assistência de Enfermagem à indivíduos em situação de crise vital;
- 6.3. A entrevista de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria;
- 6.4. As funções psíquicas e suas alterações;
- 6.5. Modalidades de Atendimento Psiquiátrico, Hospital Psiquiátrico, Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral - Serviços de Internação Parcial - (Comunidade Terapêutica) e Serviços Ambulatoriais - Pensão Protegida;
- 6.6. Equipe Terapêutica e o papel do Enfermeiro desta Equipe;
- 6.7. A relação Enfermeiro-Paciente como uma relação de ajuda;
- 6.8. Tratamento psicoterápicos, socioterápicos, comunitários, biológicos e farmacológicos;
- 6.9. O doente e a doença mental, segundo o DHS III (Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders);
- 6.10. Características do indivíduo em crise que o diferencia de um indivíduo mentalmente doente;
- 6.11. Características de um indivíduo com perturbações neuróticas que o diferencia de um indivíduo com perturbações psicóticas ou outras alterações;
- 6.12. Assistência de Enfermagem a indivíduos com transtornos psicóticos;
- 6.13. Assistência de Enfermagem a indivíduos com perturbações organometais;
- 6.14. Assistência de Enfermagem a indivíduos deficientes mentais;
- 6.15. Assistência de Enfermagem a pacientes psicossocialmente crônicos;
- 6.16. Assistência de Enfermagem a indivíduos com dependência de álcool e drogas;

- 6.17. Assistência de Enfermagem a indivíduos com perturbações de personalidade;
- 6.18. Assistência de Enfermagem a indivíduos com distúrbios neuróticos;
- 6.19. Assistência de Enfermagem aos familiares de pacientes com transtornos mentais.

## 7. PROCEDIMENTOS DIDÁTICOS

A disciplina "Enfermagem na Saúde Mental e Psiquiatria II", está prevista para ser desenvolvida semestralmente.

Nos primeiros dez dias que a disciplina ocorrer, serão desenvolvidas atividades teóricas, com o objetivo de oportunizar ao aluno a aquisição de conhecimentos básicos para o seu primeiro contato com o doente mental internado em hospital psiquiátrico e/ou mantido em ambulatório de Saúde Mental. Após este período, o grupo será dividido em sub-grupos, que serão acompanhados por um professor da disciplina nos locais de estágio. As atividades de estágio serão desenvolvidas em hospitais psiquiátricos, unidades psiquiátricas de hospitais gerais e ambulatórios - nos seguintes dias e horário: terças, quartas e quintas-feiras das 14:30 às 17:30 horas.

Diarariamente cada grupo de alunos participará ativamente das atividades terapêuticas dos campos de estágios. Haverá reuniões de supervisão do grupo com o seu professor, com o objetivo de ajudá-lo a elaborar suas ansiedades surgidas no convívio com o doente mental e a aprimorar a sua relação terapêutica.

Nas segundas-feiras continuar-se-á desenvolvendo atividades teóricas.

Como forma de integrar a disciplina com a "Assistência de Enfermagem ao Adulto II", o aluno será assessorado no atendimento dos aspectos emocionais da clientela desta disciplina.

## 8. RECURSOS DIDÁTICOS

- 8.1. Sala de aula;
- 8.2. Material Bibliográfico;
- 8.3. Unidades de Internação Psiquiátrica e Ambulatórios de Saúde Mental;
- 8.4. Roteiro de Estudo de Caso;
- 8.5. Assessoramento;
- 8.6. Supervisão.

## 9. AVALIAÇÃO

A avaliação é considerada como um processo progressivo, contínuo e cumulativo.

O conceito final será atribuído conforme os seguintes critérios:

- A - se o aluno tiver atingido 90 à 100% dos objetivos da disciplina;
- B - se o aluno tiver atingido 80 à 89% dos objetivos da disciplina;
- C - se o aluno tiver atingido 70 à 79% dos objetivos da disciplina;
- D - se o aluno tiver atingido menos de 70% dos objetivos da disciplina;
- E - se o aluno tiver menos de 75% de frequência em todas as atividades da disciplina.

Serão os seguintes os instrumentos utilizados:

1) Três provas escritas objetivas: 2 regulares e 1 de recuperação, para avaliar o conhecimento teórico adquirido, cuja média terá peso 5.

2)O estágio terá peso 5 e serão considerados basicamente as atitudes e habilidades do aluno no seu relacionamento com o paciente, com a equipe, com os colegas e com o respectivo supervisor de estágio.

1. Identificação de problemas e necessidades dos pacientes de forma global e desenvolvimento das ações de enfermagem correspondentes.

2. Pontualidade e assiduidade.

3. Participação nas reuniões de supervisão e desenvolvimento da capacidade de aceitar críticas e reformular comportamentos.

4. Integração com a equipe do local de trabalho, grupo de colegas e supervisores de estágio.

5. Desenvolvimento de uma consciência ética e profissional.

6. Um estudo de caso, para avaliar conhecimentos teórico-práticos, conteúdo:

6.1. Dados de identificação;

6.2. Levantamento de dados através de entrevista com pacientes, familiares e equipe, observação, prontuários e referências bibliográficas;

6.3. Levantamento de problemas:

a) físicos;

b) psíquicos (inclui avaliação das funções mentais);

c) sociais;

6.4. Análise dos dados e problemas com fundamentação;

6.5. Plano Assistencial de Enfermagem com fundamentação;

6.6. Evolução e prognóstico;

6.7. Avaliação e conclusão.

## 10. BIBLIOGRAFIA

1. AMERICAN. Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3<sup>rd</sup> ed. Washington, APA, 1980. 424 p.
2. AMERICAN. Psychiatric Association. DSM III. Manual diagnóstico y estadístico de los mentales. Barcelona, Masson, 1983, 513 p.
3. ARQUIVOS DA CLÍNICA PINEL. Porto Alegre, volumes: IV, V, VI, VII.
4. BENJAMIN, A. A entrevista de ajuda. São Paulo, Martins Fontes, 1970.
5. BTUN. Experiências com grupos. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
6. BOLETIM DE OFICINA SANITÁRIA PANAMERICANA.
7. CAPLAN, G. Princípios de Psiquiatria preventiva. Buenos Aires, Paidós, 1966.
8. D'ANDREA, F.F. Desenvolvimento da Personalidade. 2<sup>nd</sup> ed. São Paulo, Difel, 1981.
9. .... Transtornos psiquiátricos do adulto. São Paulo, Difel, 1982.
10. FARIÓ et al. Organização e funcionamento hospitalar como fator terapêutico. Relatórios do tema oficial psiquiátrico. VII Congresso Nacional de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental. Outubro de 1967, Porto Alegre.
11. FREEDMAN, A.M. et al. Compêndio de Psiquiatria. Espanha Salvat, 1975.
12. FREITAS, E. Psicofarmacologia aplicada a Clínica. 2<sup>nd</sup> ed. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1985.
13. GREGORY, I. Psiquiatria Clínica. México. Interamericana, 1970.
14. HOFLING, C.K. Tratado de Psiquiatria, 2<sup>nd</sup> ed. México, Interamericana, 1974.
15. IRVING, S. Enfermagem Psiquiátrica Básica. 2<sup>nd</sup> ed. Rio de Janeiro, 1978.
16. JONES, M. A Comunidade Terapêutica. Rio de Janeiro, Vozes, 1972.
17. KAPLAN & SADOCK. Compêndio de Psiquiatria Dinâmica. 3<sup>rd</sup> ed., Porto Alegre, Artes Médicas, 1984.
18. KOLB, L.C. Psiquiatria Clínica. 8<sup>th</sup> ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1976.

MONTECH MELO CARDOSO

Departamento de Pós-graduação em Enfermagem

		Perturbações organômentais: Epilepsia e demência. Quadro clínico-tratamento e procedimentos de Enfermagem.
		Retardo mental e seu manejo. O paciente psicossocialmente cronicado e seu manejo.
32 anos 0 dia		O alcoolismo e dependência a drogas, seu tratamento e os procedimentos de enfermagem.
		Perturbações de personalidade: perturbação antissocial, Borderline e outras. Tratamento e Assistência de Enfermagem.
		Distúrbios neur: est. de ans; perturbação fóbica. Perturbação obsessivo-compulsiva; seu tratamento e assistência de Enfermagem.
		Distúrbios neuróticos: perturbação pós-traumática ao Stress. Perturbações somatoformes e dissociativas. Seu tratamento e assistência de enfermagem.
		AVALIAÇÃO FINAL DO CONTEÚDO TEÓRICO
		AVALIAÇÃO FINAL DO ESTÁGIO
		RECUPERAÇÃO
		DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

FERIADOS

Observação: Esclarecemos que o nosso curso de Enfermagem tem 3 (três) disciplinas relacionadas com a Saúde Mental e a Psiquiatria. Estamos enviando o programa da disciplina onde está incluído o conteúdo.

19. RYES & HOFLING. Conceitos básicos em Enfermagem Psiquiátrica. 4ª ed., Rio de Janeiro, Interamericana, 1985.
20. HACKINSON & MICHELS. A entrevista psiquiátrica na prática diária. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
21. OUIES, J. Neurologia para enfermeiras. São Paulo, Organizações Médicas, Editor Ltda, 1985.
22. SÁ, Jr. Psicopatologia e Propedêutica. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1984.
23. SOLOMON, P. & PATCH, V. Manual de Psiquiatria. São Paulo, Atheneu, 1975.
24. TRAVELLETTER, J. Intervenção em enfermagem psiquiátrica. Diliémbre, Carajal, 1969.
25. ABOUCHAIM, D. Sintomatologia: Funções Psíquicas, Porto Alegre.
26. FÓRIA et al. Grupo Operativo. Porto Alegre, 1967.
27. .... Comunidade Terapêutica. Porto Alegre, 1967.
28. RITIER, T. As diversas formas de relacionamento de enfermagem com o paciente psiquiátrico, de acordo com os diferentes comportamentos apresentados. Porto Alegre, 1982.

#### SUGESTÕES PARA LEITURA

1. DEWALD, P. Psicoterapia uma abordagem dinâmica. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
2. GROWCROFT, A. O Psicótico. Rio de Janeiro, Zahar, 1971.
3. LAPIS, B.R. Relato de uma experiência de grupo operativo, como mobilizador de pacientes psiquiátricos crônicos em uma unidade de internação hospitalar. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, 1980.
4. O'BRIEN, B. A vida íntima de uma esquizofrênica. Rio de Janeiro, Imago, 1972.
5. RITIER, T. (Atendimento individual). Metodologia de atendimento individualizado de enfermagem em Saúde Mental. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, 1980.
6. RODRIGUES, J.A. Estudo das atividades do paciente psiquiátrico numa clínica em Porto Alegre, RS. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, 1980.
7. SPIEGELHAYE, M.A. Memórias de uma esquizofrênica. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980.
8. VAN DEN BERG. O paciente psiquiátrico. São Paulo, Mestre Jou, 1973.

MEC - UFRGS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA E ORIENTAÇÃO PROFISSIONAL

DISCIPLINA: ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA II - ENF 321

CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE ENSINO DA DISCIPLINA

ATA	DIA DA SEMANA		PROFESSOR
		Introdução à disciplina	
		Características do adulto e do velho sadio. Assistência de enfermagem ao adulto e velho em crise.	
		O exame do paciente psiquiátrico: avaliação das suas condições físicas, sociais e mentais; atenção, memória, senso-percepção e consciência.	
		Orientação, pensamento, linguagem, inteligência, ação (conduta), afetividade.	
		Modalidade de atendimento psiquiátrico: Hospital Psiquiátrico, Unidade Psiquiátrica em Hospital Geral, Ambulatório e Pensão Protegida. Comunidade Terapêutica.	
		A equipe terapêutica e seu papel no atendimento do paciente. A relação enfermeiro-paciente como uma relação de ajuda.	
		Tratamento: psicoterapia, individual e em grupo. Grupos operativos. Terapia Ocupacional.	
		Terapia biológica: ECT (eletroconvulsoterapia) Carbonato de Lítio	
		Psicofarmacoterapia: neurolepticos. Psicofarmacoterapia: Antidepressivos, tranqüilizantes menores e anticonvulsivantes.	
		<b>INÍCIO DE ESTÁGIO</b>	
		Perturbações Esquizofrênicas: Visão geral da Esquizofrenia, aspectos epidemiológicos. Aspectos clínicos e síndromes (tipos): Catatônica, hebefrênica (desorganizada). Síndrome de Esquizofrenia (tipos: paranóide, esquizoafetiva e residual (simples)). Tratamento e Procedimento de Enfermagem.	
		<b>2ª AVALIAÇÃO</b>	
		Perturbações afetivas maiores: Perturbação bipolar e Depressão maior. Etiologia-Quadro Clínico, tratamento e procedimentos de Enfermagem.	
		Outras perturbações afetivas específicas: perturbação distímica e perturbação	

# Folha de rosto para Facsímile

Para: PROF. ARI NUNES ASSUNÇÃO (DOUTORANDO)  
Empresa: PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
UFSC  
Telefone: 048-2319787  
Fax:

De: FACULDADE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA  
Empresa: UFRJ  
Telefone:  
Fax: 713031

Data: 14.05.96

Nº de págs. incluindo  
esta folha de rosto: 03

Comentários: ANEXO

MINISTERIO DA EDUCAÇÃO E DO ESPORTE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRICIA

**DISCIPLINA: ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA**

**CARGA HORÁRIA: 45HS**

**PROFESSOR REGENTE DA DISCIPLINA: LUCIANE PRADO KANTORSKI**

**PROFESSOR COLABORADOR: ARI NUNES ASSUNÇÃO**

**EMENTA:** conceituação da doença mental. Formas de Comportamento. Proteção ao paciente e equipe de enfermagem psiquiátrica. Higiene mental da criança e do adulto.

*PLANO DE ENSINO*

**1. OBJETIVOS**

- Proporcionar ao aluno o acesso ao corpo básico de conteúdos relativos às principais patologias psiquiátricas.
- Desenvolver no aluno o conhecimento técnico-científico, necessário para atuar nesta área.
- Subsidiar a construção de relação terapêutica no relacionamento enfermeiro-paciente desde já estimulado na formação acadêmica.
- Resgatar a importância da assistência de enfermagem nesta área.
- Estimular o desenvolvimento crítico do aluno no sentido de intervir, questionar e delimitar o papel do enfermeiro nesta área.

**CONTEÚDOS E DESENVOLVIMENTO**

*DISCIPLINA DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA (45hs)*

14/09	Apresentação da disciplina - 1 h
	Relacionamento Enfermeiro-Paciente - 2h
21/09	Funções do Ego - Psicopatológicos - 3h
28/09	Funções do Ego - Psicopatológicos - 3h
05/10	1ª Avaliação
19/10	Neuroses - 3h
26/10	Psicoses Psicogênicas - Psicose Esquizofrênica - 3h
02/11	Psicoses Psicogênicas - Psicose Maníaco-Depressiva - 3h
16/11	Psicoses Orgânicas - 3h
23/11	Psicoses Orgânicas - 3h
30/11	2ª Avaliação
7/12	Farmacodependência - 3h
14/12	Alcoolismo - 3h
21/12	Psicofármacos - 3h

04.01 Epilepsia

05.01 3ª Avaliação a combinar

OBS Total 42h - faltam 3h

Feriados e dias não letivos: 07/09, 03/10, 12/10, 02/11, 14/11, 15/11

08/09 - Início do 2º semestre 1994

10/01 - Término do 2º semestre 1994

Recesso Acadêmico - 24/12 a 01/01

Os alunos serão avaliados individualmente através das provas escritas, bem como uma nota referente a participação nas aulas e por trabalhos realizados.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CROWCROFT, A. Lew. *O Psicótico - Compreensão da Loucura*. 2Ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1979

HENRY, EY ET ALI *Manual de Psiquiatria*. 5Ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1990

IRVING, Susan *Emergência Psiquiátrica Básica* 2Ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1990

KAPLAN, Harold I e SADOCK, Benjamin J. *Compêndio de Psiquiatria - Dinâmica* 3Ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1984

KOLB, Lawrence. *Psiquiatria Clínica* 9Ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980

SOLOMON, Philip e PATCH, Vernon *Manual de Psiquiatria* São Paulo, Atheneu, 1975

OBS 1- MONOGRAFIAS - BIBLIOTECA UFPEL - especialmente sobre alcoolismo  
2- Manual das Unidades Sanitárias - SSMA - RS  
3- Outras bibliografias da área e áreas afins

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PLANO DE ENSINO 95/1

1. IDENTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA: Enfermagem Psiquiátrica II -  
NFR 5212

1.1. CARGA HORÁRIA: 60hs Teórica-Prática

1.2. PFE-REQUISITO - Enfermagem nas Intercorrências Cirúrgicas e de  
Urgência - INT 5133  
- Enfermagem Psiquiátrica I - NFR 5211

1.3. CORPO DOCENTE: Rosângela Maria Fenili  
Tânia Mara Xavier Scóz  
Tatiana Costa Ribeiro Klein

1.4. LOCAL: HOSPITAL COLÔNIA SANTANA

ELEMENTOS:

Assistência de enfermagem ao doente mental. Aplicação de metodologia de assistência de enfermagem psiquiátrica. Aspectos relativos ao doente mental. Práticas alternativas de assistência psiquiátrica. Principais terapêuticas empregadas. Política de assistência ao doente mental.

2. OBJETIVOS:

2.1. OBJETIVO GERAL:

- Prestar assistência de enfermagem ao doente mental

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Aplicar a metodologia proposta na assistência ao doente mental
- Realizar entrevista diária com o paciente
- Reconstituir por escrito a entrevista
- Identificar os problemas de enfermagem
- Propor as hipóteses diagnósticas
- Propor plano de assistência
- Identificar os manejos inadequados
- Identificar e analisar os princípios legais de proteção ao doente mental e a assistência psiquiátrica
- Avaliar assistência de enfermagem prestada
- Identificar as principais terapêuticas empregadas na assistência ao doente mental
- Analisar as políticas de assistências ao doente mental.

#### 4. CONTÊÚDO PROGRAMÁTICO

- Teoria de proteção ao doente mental e a assistência psiquiátrica
- Influências do pensamento psiquiátrico na enfermagem - Definições, conceitos e terapêuticas
- Teorias teóricas da enfermagem psiquiátrica
- A enfermagem psiquiátrica como parte integrante da enfermagem - Uma proposta alternativa - o processo de enfermagem aplicado na assistência ao doente mental
- Práticas alternativas na assistência ao doente mental: Hospital Dia, Hospitais Noites, Ambulatório, Pensão Protegida, Pronto Socorro Psiquiátrico
- Estado de assistência psiquiátrica catarinense
- Diferença entre Neurose e Psicose
- Modelos de assistência ao doente mental
- Características psiquiátricas: organização, evolução
- Alcoolismo, Toxicomanias: uso indevido de drogas

#### 3. METODOLOGIA

As atividades serão desenvolvidas individualmente por cada aluno, que realizará estudo de um paciente através de entrevistas, participação em reuniões pre-terapia, observação do comportamento do paciente, orientações do professor. Estas atividades serão registradas em relatórios diários.

#### 2. AVLIACÃO

A avaliação será efetuada através de uma prova teórica do tipo cinco partes, com peso 1,5; um relatório do GAEPD, com peso 0,5; um relatório de triagem de HCS, com peso 1,5; seminários, com peso 2; e apresentações de estudo sobre medicamentos, com peso 0,5; e atividades teórico-práticas, conforme "Instrumento de avaliação, com peso 5.

As notas serão apresentadas de 0 (zero) à 10 (dez), conforme resolução 012 CUM 78.

O aluno precisará ter no mínimo 75% de frequência na disciplina.

Os trabalhos serão corrigidos e atividades de recuperação ao final do semestre.

#### BIBLIOGRAFIA:

- OLIVEIRA, Gerald J.M. Van Dan. Autopiedade Neurótica. Cortez & Moraes, SP, 1978.
- ALFONSO, G. História de la psiquiatria. Barcelona, Editorial Espasa, 1970.
- ASSIS, Maria Vanda de. Aspectos críticos da Assistência de enfermagem nas unidades de emergência psiquiátrica. Dissertação de Mestrado apresentado na Escola de Enfermagem Ana Neri, RJ, 1979.
- CRABLIA, Franco. A Psiquiatria alternativa. Brasil debates, SP.

- 1977
- BOTTI, Elizabeth. Família e Rede Social Francisco Alves, RJ, 1976.
  - CAPLAN, Gerald. Princípios de psiquiatria preventiva. Zahar, RJ, 1979.
  - CORRÊA, J.M. Aspectos legais da assistência psiquiátrica. Tese de Graduação, SP, 1981.
  - COOPER, David. Psiquiatria e antipsiquiatria. Perspectiva, SP, 1967.
  - FLOREIRA, Sérgio. Sociedade e Doença Mental. Campis, RS, 1978.
  - FOUCAULT, Michel. História da Loucura. Perspectiva, SP, 1978.
  - GEFKEN, Irvin. Manicômios, prisões e conventos. Perspectiva, SP, 1977.
  - HOFFMANN, Wanda de Aquino. Processo de Enfermagem. EDU-EDUSP, 1979.
  - KESSLER-BLING, Enfermeira Psiquiátrica. Interamericana, RJ, 1975.
  - KOLN, Lawrence C. Psiquiatria Clínica. Interamericana, RJ, 1976.
  - LANG, P.D. O eu dividido. Vozes, RJ, 1978.
  - MACHADO, Roberto et al. Direção da Norma. A medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Graal, RJ, 1978.
  - MARINONI, Maul. O psiquiátrico, seu "louco" e a psicanálise. Zahar, RJ, 1990.
  - NEOPHOS, Tácio Augusto. Formação do modelo assistencial psiquiátrico no Brasil. Dissertação Mestrado apresentado ao Curso Pós-Graduação em Psiquiatria da UFRJ, 1977.
  - NEPOMUCENO, R.L. de. Psiquiatria, civilização Brasileira. SP, 1967.
  - MILITANT, Agnes. Doença Mental e Sociedade Contemporânea. Zahar, RJ, 1982.
  - MORETTI, Alfredo. Psicoterapia do oprimido. Cortez, SP, 1981.
  - MOREIRA, J.F. PEGIS et al. Construção social da enfermidade. Cortez do Noroeste, SP, 1978.
  - RICHOU-RIVIERE, Enrique. Terapia do Círculo. Martins Fontes, 1980.
  - SPENCER, J.S. Circuitos e motivos para primeira internação em hospital psiquiátrico. Tese de Mestrado, Fpolis, 1984.
  - STERENELLI, Maquida C. Manifestações de comportamentos que levam a procura de assistência psiquiátrica. Dissertação de Mestrado apresentando à Escola de Enfermagem da USP, 1978.

- BIAGI, Thomas. A fabricação da loucura. Zahar, RJ, 1978.
- TRAVELLE, Joyce. Intervenção em enfermagem psiquiátrica. CPAS-CMS, 1979.
- MELINI, Gilberto. Desejo e divergência. Zahar, RJ, 1974.
- SHAPIRO, Richard J. Manual de Terapêuticas Psiquiátricas. Atheneu, RJ, 1984.
- PAULA, Wilson Kraemer. "Esquizofrenia - abordagens conceituais apontadas por enfermeiros e médicos na Grande Florianópolis e identificadas nos autores de enfermagem psiquiátrica". Tese de Mestrado. Florianópolis, 1985.
- PAULA, Wilson Kraemer. Releitura das necessidades humanas básicas. Centro de Ciências da Saúde, Departamento de Enfermagem, Florianópolis - SC, 1983.
- DALY, P., HARRINGTON, H. Psicologia e Psiquiatria na Enfermagem. R. EPU, 1978.
- MIRANDA, C. F., MIRANDA, M. L. Construindo a relação de ajuda. Editora Crescer, Belo Horizonte, 8. ed. 1993.
- SALOMAS, J. Relação de ajuda: guia para acompanhamento psicológico da relação pessoal, familiar e profissional. Vozes, Petrópolis, RJ, 2 ed. 1995.
- SCORSO, R. Tornar-se pessoa. Martins Fontes, São Paulo, SP. 4 ed. 1991.
- TAVARES, C. M. Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica. Artes Médicas, Porto Alegre, PB 3ed. 1992.
- MILITÃO, A. A entrevista psicológica na relação de entre ajuda. Editora Paulinas, São Paulo, SP, 2 ed. 1982.
- JACARDI, R. A loucura. Zahar, RJ, 1981.
- STEFANELLI, Maguida C. Comunicação com paciente-teoria e ensino. Fapes, São Paulo, 2ª ed. 1993.
- NETO, Mario R. L. et al. Psiquiatria Básica. Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

# NFR5211 - ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA I

1996/01

Prof Tânia Scóz

DATA	HORÁRIO	CONTEÚDO
04/03	17:10 ÀS 18:50	Apresentação da disciplina, discussão do plano de ensino e formação de grupos para seminários
11/03	17:10 ÀS 18:50	História geral da Psiquiatria História geral da Enfermagem Psiquiátrica - Princípios da Enfermagem Psiquiátrica
18/03	17:10 ÀS 18:50	Principais Abordagens sobre a doença mental
25/03	17:10 ÀS 18:50	Funções Psíquicas: Senso percepção e atenção
01/04	17:10 ÀS 18:50	Funções Psíquicas: Orientação e Memória
08/04	17:10 ÀS 18:50	Funções Psíquicas: Linguagem e Pensamento
15/04	17:10 ÀS 18:50	Funções Psíquicas: Afetividade
22/04	17:10 ÀS 18:50	Necessidade Humana Básica - conceito/características e classificação
29/04	17:10 ÀS 18:50	Mecanismos de Defesa: conceito/funções/tipos repressão/regressão/negação/fixação
06/05	17:10 ÀS 18:50	Mecanismos de Defesa: Projeção/Formação reativa/Identificação/Conversão/Simbolização/Compensação
13/05	17:10 ÀS 18:50	1ª Prova
20/05	17:10 ÀS 18:50	Dinâmica de Grupo (Relacionamento Interpessoal)
27/05	17:10 ÀS 18:50	Relação Pessoa a Pessoa - conceito - Aspecto geral da relação pessoa a pessoa e premissas básicas (Travelbee)
03/06	17:10 ÀS 18:50	Processo de Comunicação - Relação de Ajuda - Comunicação com paciente
10/06	17:10 ÀS 18:50	Relação Terapêutica
17/06	17:10 ÀS 18:50	Revisão geral
24/06	17:10 ÀS 18:50	2ª Prova

**UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE  
CURSO DE ENFERMAGEM E OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA**

**PLANO DE ENSINO**

**PRIMEIRO SEMESTRE DE 1996**

## I. IDENTIFICAÇÃO

Instituição: Universidade do Rio Grande

Curso: Enfermagem e Obstetrícia

Departamento: Medicina Interna

Disciplina: Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica/Código: 13026

Número de créditos: 06

Ano letivo/semestre: primeiro semestre de 1996

Carga horária total: 90 horas/aula

Dia/ horário: Turma "A": quartas-feiras das 08:35 às 11:25 horas    Monitora

sextas-feiras das 08:35 às 11:25 horas

Turma "B": quartas-feiras das 08:35 às 11:25 horas

sextas-feiras das 08:35 às 11:25 horas

Turma "C": terças-feiras das 08:35 às 11:25 horas

quintas-feiras das 08:35 às 11:25 horas

Turma "D": terças-feiras das 08:35 às 11:25 horas

quintas-feiras das 08:35 às 11:25 horas

Turma "E": terças-feiras das 13:30 às 16:00 horas    Monitora

quintas-feiras das 13:30 às 16:00 horas

Turma "F": terças-feiras das 13:30 às 16:00 horas

quintas-feiras das 13:00 às 16:00 horas

Locais de Estágio: Ambulatório de Enfermagem em Saúde Mental no Hospital Guayba Rache

Ambulatório de Enfermagem em Saúde Mental da Prefeitura Municipal

Unidades de Internação Clínica e Cirúrgica do Hospital Universitário

Professores: Mara Regina Santos da Silva.

Maria Angélica Ramos de Oliveira.

## II. OBJETIVOS DA DISCIPLINA

1. Proporcionar experiências de aprendizagem que vise desenvolver as capacidades do aluno para estabelecer e manter relacionamentos terapêuticos.
2. Proporcionar experiências que favoreçam o exercício da comunicação terapêutica.
3. Utilizar os princípios básicos de enfermagem psiquiátrica como instrumento para o

relacionamento terapêutico da enfermeira com os indivíduos, famílias e grupos que necessitam de ajuda.

4. Proporcionar elementos que permitam, ao aluno, desenvolver e entender as atividades terapêuticas como um meio através do qual o paciente pode preservar e ampliar suas capacidades.

5. Proporcionar experiências que permitam, ao aluno, construir uma visão holística do paciente.

6. Preparar o aluno para proceder a:

- Avaliação do paciente
- Identificação dos problemas vivenciados pelo paciente
- Elaboração da assistência de enfermagem ao paciente

### **III. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:**

#### **UNIDADE I:**

Aspectos fundamentais do Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica.

Determinantes sócio, político e culturais da Assistência de Enfermagem em Saúde Mental.

Relacionamento enfermeiro-paciente

Comunicação Terapêutica

Entrevista psiquiátrica

Avaliação mental do paciente

Aspectos éticos envolvidos na assistência de enfermagem em Saúde Mental.

Consulta de enfermagem

#### **UNIDADE II:**

Crises vitais

Assistência de enfermagem ao paciente com distúrbios predominantemente de natureza psicossomática.

#### **UNIDADE III:**

Assistência de enfermagem ao paciente com distúrbios predominantemente de caráter sociopático:

- Dependência química (Alcool e outras Drogas)
- personalidade Anti social

Parafilias

#### **UNIDADE IV:**

Assistência de enfermagem aos paciente com distúrbios predominantemente neuróticos.

Assistência de enfermagem aos pacientes com distúrbios predominantemente psicóticos

#### **UNIDADE V:**

Assistência de enfermagem aos pacientes epiléticos

Assistência de enfermagem aos pacientes deficientes mentais

#### **UNIDADE VI:**

Assistência de enfermagem nas diversas modalidades terapêuticas:

- psicofarmacoterapia
- Assistência de enfermagem ao indivíduo
- Assistência de enfermagem à família
- Assistência de enfermagem à grupos.

### **IV. METODOLOGIA**

- Aulas teórico-práticas
- Estágio prático com pacientes
- Seminários
- Consultas de enfermagem
- Work shop

### **V. RECURSOS**

- Material didático comum
- Material clínico
- Unidades de internação clínica e cirúrgica do Hospital Universitário da URG
- Ambulatório de Enfermagem em Saúde Mental do HU - Hospital Guayba.Rache
- Ambulatório da Prefeitura Municipal de Rio Grande

### **VI. SISTEMA DE AVALIAÇÃO:**

Nesta disciplina, a avaliação é entendida como um processo contínuo que se desenvolve ao longo do semestre. Para sua mensuração realizamos quatro avaliações durante o semestre utilizando,

Como referência, a ficha abaixo descrita,

CRITÉRIOS	INSTRUMENTO	1º	2º	3º	4º	MF
40%	1. ÁREA DE RELACIONAMENTO:					
	1.1. Relacionamento terapeuta/paciente					
	1.2. Relacionamento com a equipe de trabalho					
	1.3. Comunicação: Verbal. Não verbal. Escrita.					
30%	2. ÁREA TÉCNICA:					
	2.1. Princípios ético aplicados as situações vivenciadas					
	2.2. Avaliação de problemas e situações					
	2.3. Identificação de problemas					
	2.4. Definição da assistência de enfermagem					
30%	3. ÁREA DE APLICAÇÃO:					
	3.1. Integração teoria e prática					
	3.2. Estudo de caso.					

## VII. BIBLIOGRAFIA

1. TAYLOR, Cecelia M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica** de Mereness. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
2. KYES, Joan & HOFLING, Charles K. **Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1986.
3. CRAYG, Robert J. **Entrevista clínica e diagnóstica**. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas,

4. SCHUCKIT, Marc. **Abuso de álcool e drogas.** 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
5. KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J. **Manual de psiquiatria clínica.** Rio de Janeiro: Meosi, 1992.
6. MACKINNON, Roger A., MICHELS, Robert. **A entrevista psiquiátrica.** 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
7. MACKINNON, Roger & YUDOFKY, Stuart. **A avaliação psiquiátrica na prática diária.** 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
8. IRVING, Susan. **Enfermagem psiquiátrica básica.** 1 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
9. BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil.** 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

**ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA**  
**CRONOGRAMA PARA O 1º SEMESTRE/96**  
**TURMAS "A" e "B"**

- 06/03 Apresentação do programa, dos objetivos e características da disciplina.  
Orientação para os seminários.
- 08/03 Seminário: relacionamento enfermeira - paciente.
- 13/03 Seminário: comunicação terapêutica.
- 15/03 Seminário: entrevista psiquiátrica.
- 20/03 Seminário: crises vitais.
- 22/03 Seminário: avaliação de paciente.
- 27/03 Seminário: assistência de enfermagem a pacientes com doenças grave
- 29/03 Seminário: aspectos éticos envolvidos na assistência de enfermagem em saúde mental e psiquiatria.
- 03/04 Seminário: consulta de enfermagem na saúde mental e psiquiatria.
- 10/04 Work shop: histórias clínicas.
- 
- 12/04 Estágio.
- 17/04 Estágio.
- 19/04 Estágio.
- 24/04 Estágio
- 26/04 Estágio.
- 03/05 Estágio
- 08/05 Estágio
- 10/05 Estágio
- 15/05 Estágio
- 17/05 Estágio
- 22/05 Estágio.
- 24/05 Estágio
- 
- 05/06 Avaliação parcial de estágio.
- 
- 07/06 Estágio.
- 12/06 Estágio.
- 14/06 Estágio
- 19/06 Estágio.
- 21/06 Estágio
- 26/06 Estágio
- 28/06 Estágio
- 03/07 Estágio.
- 
- 05/07 Avaliação final de estágio.

**UNIVERSIDADE DO RIO GRANDE  
CURSO DE ENFERMAGEM E OBSTETRICIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA**

**PLANO DE ENSINO**

**PRIMEIRO SEMESTRE DE 1996**

## **I. IDENTIFICAÇÃO**

Instituição: Universidade do Rio Grande

Curso: Enfermagem e Obstetrícia

Departamento: Medicina Interna

Disciplina: Enfermagem Psiquiátrica.

Código: 13014

Número de créditos: 03

Ano letivo/semestre: primeiro semestre de 1996

Carga horária total: 45 horas

Dia/ horário: segundas-feiras das 07:45 as 10:35 horas

Professores: Mara Regina Santos da Silva.

Maria Angélica Ramos de Oliveira.

## **II. OBJETIVOS DA DISCIPLINA**

1. Proporcionar, ao aluno, conhecimentos teóricos que favoreçam o seu desempenho durante o Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica.

2. Proporcionar, ao aluno, o embasamento teórico necessário para prestar assistência de enfermagem ao indivíduo, família e comunidade, nos níveis preventivo, curativo e de reabilitação, quando esta assistência se fizer necessária.

3. Estimular a participação ativa do aluno no processo ensino-aprendizagem utilizando-se, entre outras, de técnica de seminário.

## **III. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO**

### **UNIDADE I:**

- Aspectos Fundamentais da Enfermagem Psiquiátrica.
- Conceitos básicos de Enfermagem Psiquiátrica.

## UNIDADE II:

### Reações Neuróticas ao Stress:

- Neurose de Ansiedade
- Neurose Obsessiva Compulsiva
- Neurose Histérica
- Neurose Fóbica
- Neurose Depressiva

## UNIDADE III:

### Reações Psicóticas ao Stress:

- Transtornos de pensamento: Esquizofrenia
- Transtornos afetivos: Psicose Maníaco Depressiva
- Psicose Involutiva.

## UNIDADE IV:

### Reações Sociopáticas ao Stress:

- Personalidade Anti Social
- Parafilias
- Síndrome de Dependência Alcoólica
- Adição a drogas

## UNIDADE V: - Reações Psicossomáticas ao Stress

- Déficit do desenvolvimento: Deficiência mental
- Epilepsia.

## UNIDADE VI: Modalidades Terapêuticas:

- Assistência de enfermagem na psicofarmacoterapia
- Assistência de enfermagem individual
- Assistência de enfermagem à família

## IV. METODOLOGIA:

- Aulas expositivas
- Seminários.
- Orientação em trabalhos científicos.

## V. RECURSOS:

- Material didático comum
- Material clínico
- Recursos de áudio visual.

## VI. SISTEMA DE AVALIAÇÃO:

Serão realizadas, durante o semestre, quatro provas escritas, um seminário sobre dependência à drogas e um trabalho final sobre conteúdo previamente estipulado.

Para a primeira nota parcial (NP1) serão consideradas as notas obtidas na primeira e segunda prova parcial mais a nota obtida no seminário. Estas provas terão peso sete (07) e os seminários peso três (03).

Para a segunda nota parcial (NP2) serão consideradas as notas obtidas na terceira e quarta prova parcial mais a nota obtida no trabalho final. As provas e o trabalho terão o mesmo peso.

Será considerado aprovado o aluno que, de acordo com os critérios adotados pela Universidade, obtiver média final, igual ou superior a cinco (05)

## VII. CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

04/03 Apresentação do programa, dos objetivos e da dinâmica de desenvolvimento da disciplina.

11/03 Terminologia Psiquiátrica.

18/03 Reações Neuróticas ao Stress.

25/03 Distúrbios de Personalidade Anti-Social.  
Parafilias.

01/04 Primeira prova parcial.

08/04 Dependência Química I: Alcoolismo.

15/04 Dependência Química II: Outras drogas Psicoativas (seminário)

22/04 Reações Psicossomáticas ao Stress.

29/04 2ª Prova Parcial.

06/05 Distúrbios do Desenvolvimento

13/05 Epilepsia.

20/05 Transtornos do pensamento: Esquizofrenia.

27/05 Terceira Prova Parcial

03/06 Reações Afetivas: Psicose Maníaco Depressiva.

Depressão Psicótica  
Psicose Involutiva

10/06 Assistência de enfermagem na Terapia Individual e familiar.

17/06 Assistência de Enfermagem na psicofarmacoterapia.

24/06 Apresentação de trabalhos.

01/07 Quarta prova parcial.

**VIII BIBLIOGRAFIA DA DISCIPLINA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA.**

1. TAYLOR, Cecelia M. **Fundamentos de enfermagem psiquiátrica** de Mereness. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
2. KYES, Joan & HOFLING, Charles K. **Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica**. 4 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1986.
3. CRAYG, Robert J. **Entrevista clínica e diagnóstica**. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
4. SCHUCKIT, Marc. **Abuso de álcool e drogas**. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
5. KAPLAN, Harold I. & SADOCK, Benjamin J. **Manual de psiquiatria clínica**. Rio de Janeiro: Meosi, 1992.
6. MACKINNON, Roger A. & MICHELS, Robert. **A entrevista psiquiátrica**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
7. MACKINNON, Roger & YUDOFKY, Stuart. **A avaliação psiquiátrica na prática diária**. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
8. IRVING, Susan. **Enfermagem psiquiátrica básica**. 1 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.
9. BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil**. 1 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
10. NETO, Mario Rodrigues, MOTTA, Thelma da, WANG, Yuan -Pang, ELKIS, Hélio (org.) **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
11. KOLB, Lawrence C. **Psiquiatria clinica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.



Professora Profª. Assunção  
AR. UNIV. ASSUNÇÃO

Curitiba, 16 de agosto de 1996.

compareci durante a reunião para recomendar o Plano de  
 Curso de Desaparecimento Infância em Saúde Mental e  
 Pesquisa II.

Colocando no conhecimento

O seu nome!

*Liliana Müller Lorecca*  
Liliana Müller Lorecca  
Coordenadora do Curso de  
Enfermagem - Matrícula 103977

## PLANO DE ENSINO

### 01. Dados de Identificação:

Universidade Federal do Paraná

Setor de Ciências da Saúde

Departamento de Enfermagem

Disciplina: Enfermagem, em Saúde Mental e Psiquiatria II

Código: MNO61

Pré-requisitos: MNO38

Carga Horária: Teórica 30 horas/TP - 30 horas Prática - 45 horas

### 02. Ementa:

Assistência de Enfermagem a nível secundário e terciário a pacientes adultos e idosos com distúrbios de comportamento e psicopatologias. Relacionamento de ajuda.

### 03. Objetivos:

#### Gerais:

01. Aplicar os conhecimentos da dinâmica do comportamento humano no relacionamento interpessoal.
02. Relacionar-se terapêuticamente com o paciente utilizando os princípios de comunicação, as atitudes, o ambiente e as atividades terapêuticas.
03. Identificar as necessidades psicológicas e prevenir complicações psiquiátricas do indivíduo hospitalizado (geral e/ou psiquiátrico) através de entrevista psiquiátrica, manifestações comportamentais, exame das funções psíquicas e realizações de anotações adequadas.
04. Atender as necessidades básicas do paciente utilizando a metodologia científica no planejamento dos cuidados de enfermagem.

### 04. Conteúdo Programático:

UNIDADE I - Assistência de Enfermagem dentro de hospital psiquiátrico:

Tipos: Estrutura de equipe de enfermagem. Admissão.  
Alta.

- Assistência de Enfermagem nos tratamentos alternativos - Ambulatório.

Grupo de tratamento

. (AA)

. Neuróticos

UNIDADE II - Assistência de Enfermagem aos pacientes em  
tratamento: Sintomáticos - químicos  
- físicos  
- psicológicos

UNIDADE III - Assistência de Enfermagem aos pacientes com  
problemas de: Neuroses

PMD

Esquisofrenia

Psicose puerperal

Melancolia involutiva

{ Alcoolismo

{ Dragadicção

Cenecência

UNIDADE IV - Assistência de Enfermagem ao paciente com  
problema emocional em clinica geral  
- o ser doente e a doença crônica  
- a morte e o morrer  
- emergências psiquiátricas no hospital geral

05. Dinâmica do desenvolvimento da disciplina:

Inicialmente o plano da disciplina é apresentado ao aluno pelo professor, com discussão de seus objetivos, estratégias e instrumento de avaliação.

E ressaltado que os conteúdos programáticos deverão ser reavaliados pelos alunos, isto é, questionados, testados e generalizado, devendo ser utilizado em situações práticas para solucionar problemas surgidos no transcorrer da disciplina.

A vivência de experiências práticas levam a resultados melhores do que o estudo teórico, por isso, a disciplina visa conciliar a teoria com a prática.

Para elaboração dos trabalhos científicos é dado para os alunos um roteiro de orientações.

06. Estratégias de ensino:

A parte teórica será desenvolvida através de: estudos dirigidos com textos designados pelo docente.

- preleção
- seminário
- vivência em estágio

No hospital, os alunos desenvolverão atividade com pacientes crônicos e agudos, recebendo supervisão direta do professor.

Após a identificação dos problemas os alunos prestarão cuidados de enfermagem, fundamentando-os cientificamente e elaborando a prescrição de enfermagem e a evolução do paciente.

#### 07. Avaliação:

Considerando-se que a avaliação é um processo contínuo, cumulativo e compreensivo, o aluno será avaliado no decorrer do desenvolvimento da disciplina com uma frequência tal, que permita a detecção de eventuais falhas a tempo de corrigi-las.

A avaliação do aluno será efetuada mediante os seguintes itens:

- a) desempenho no campo de estágio;
- b) elaboração e apresentação de um trabalho científico;
- c) duas provas bimestrais do conteúdo programático.

#### 08. Bibliografia:

01. D'ANDREA, F.F.- Desenvolvimento da personalidade. RJ. Dipel 1985.
02. \_\_\_\_\_; Transtornos psiquiátricos do adulto. RJ. Dipel.
03. GREN, H. - Nunca lhe prometi um jardim de rosas. RJ. Imago. 1984.
04. HERMANN, K. & RIECK, H. Eu Christiane F. treze anos, drogada prostituída... São Paulo. Abril Cultural, 1986.
05. IRVIN, G.- Enfermagem psiquiátrica básica. RJ. Interamericana. 1985.
06. KEYS - HOFLING.- Conceitos básicos em enfermagem psiquiátrica. RJ. Interamericana, 1985, Livro. Tr.
07. KULD, L.C.- Psiquiatria Clínica. RJ. Interamericana. 1984.
08. MIRANDA, C.F. de & MIRANDA, M.L. de.- Construindo a relação de ajuda. Belo Horizonte. Ed. Crescer. 1985.
09. MOFFAT, A.- Psicoterapia do oprimido. S.P. Cortez, 1984.
10. OLIVIERI, D.P.- O ser doente. São Paulo. Ed. Moraes. 1985.
11. TRAVELBEE, J. Intervencion en enfermeria psiquiatrica. Colombia. OPAS/OMS, 1979.

U  
F  
S  
M

Curso de

**ENFERMAGEM**

Habilitação

**ENFERMEIRO**

Opção

**DIURNO**

DISCIPLINA

**OBJETIVOS**

E

**PROGRAMA DE ENSINO**

**FORPLAN - 13**

Folha 25 de 29

1 DEPARTAMENTO DE LOTACÃO

**ENFERMAGEM**

2 IDENTIFICAÇÃO

2.1	2.2	2.3
Código	N o m e	( T - P ) Cr
EFM	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADULTO "B"	(10 - 18)19

3 OBJETIVOS ( Ao Término da Disciplina o Aluno Deverá Ser Capaz de: )

Identificar necessidades básicas afetadas, visando a promoção da saúde, o tratamento e a reabilitação do indivíduo.

Prestar assistência de enfermagem ao adulto em situações mais complexas de forma sistematizada, visando a melhoria da sua qualidade de vida.

4 PROGRAMA DE ENSINO ( Título e Discriminação das Unidades )

UNIDADE 1 - A ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO CLIENTE CIRÚRGICO

1.1 - Estrutura e funcionamento do centro de material e esterilização, centro cirúrgico e centro de recuperação pós-anestésico.

1.2 - Assistência de enfermagem no pré-operatório.

1.3 - Assistência de enfermagem no trans-operatório.

1.4 - Assistência de enfermagem no pós-operatório.

UNIDADE 2 - A ENFERMAGEM E O CLIENTE DE ALTO RISCO

2.1 - Estrutura e funcionamento de unidades de alto risco.

2.2 - Assistência de enfermagem a pacientes de alto risco.

UNIDADE 3 - A ENFERMAGEM FRENTE AOS PROBLEMAS DE OXIGENAÇÃO DO CLIENTE EM SITUAÇÕES MAIS COMPLEXAS

3.1 - Prevenção de problemas respiratórios.

( SEGUE )

Atividade iniciando agora - 5º semestre



4 PROGRAMA DE ENSINO ( Título e Discriminação das Unidades )

3.2 - Assistência de enfermagem aos clientes com problemas respiratórios.

UNIDADE 4 - A ENFERMAGEM FRENTE AOS PROBLEMAS DE NUTRIÇÃO, HIDRATAÇÃO E ELIMINAÇÕES DO CLIENTE EM SITUAÇÕES MAIS COMPLEXAS

4.1 - Assistência de enfermagem na prevenção, tratamento e reabilitação do cliente com problemas de nutrição, hidratação e eliminações.

UNIDADE 5 - A ENFERMAGEM FRENTE AOS PROBLEMAS CARDIOVASCULARES EM SITUAÇÕES MAIS COMPLEXAS

5.1 - Assistência de enfermagem na prevenção, tratamento e reabilitação do cliente com problemas cardiovasculares.

UNIDADE 6 - A ENFERMAGEM FRENTE AOS PROBLEMAS NEUROLÓGICOS

6.1 - Assistência de enfermagem na prevenção, tratamento e reabilitação do cliente com problemas neurológicos.

UNIDADE 7 - A ENFERMAGEM FRENTE A NECESSIDADE, MOBILIDADE E LOCOMOÇÃO

7.1 - Assistência de enfermagem na prevenção, tratamento e reabilitação do cliente com problemas de mobilidade e locomoção.

UNIDADE 8 - A ENFERMAGEM FRENTE AOS CLIENTES NA TERCEIRA IDADE

8.1 - Assistência de enfermagem ao cliente com problemas da terceira idade.

UNIDADE 9 - ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE E NA DOENÇA MENTAL

9.1 - A saúde e a doença mental no contexto social.

9.2 - A personalidade sadia.

9.3 - Neurose.

9.4 - Psicoses.

9.5 - Psicopatias.

9.6 - Dependência a álcool e drogas. ← horas?

9.7 - Emergências psiquiátricas.

9.8 - Assistência de enfermagem a nível individual e coletivo.

Data 02 / 10 / 95

*Sônia Z. Ressef*

Coordenador do Curso

Cood. do Curso de Licenciatura em Enfermagem

CCS - UFSM

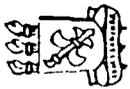
Data 2 / 10 / 95

*W. B. K. A. L.*

Chefe do Departamento

Prof. Ass. V. Regime Diurno Ressef

Chefe do Depto. de Enfermagem



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
PROGRAMA DE DISCIPLINA

DEPARTAMENTO:

ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA:

CODIGO	NOME	(T - P) Cr
EM 209	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADULTO I	6 - 1 - 10

OBJETIVOS:

AO TÉRMINO DA DISCIPLINA O ALUNO DEVERÁ SER CAPAZ DE:

- Identificar necessidades básicas afetadas, visando a promoção de saúde, o tratamento e a reabilitação.
- Prestar assistência de enfermagem ao adulto, em situações mais complexas, de forma sistematizada, atendendo suas necessidades básicas.

PROGRAMA:

TÍTULO E DISCRIMINAÇÃO DAS UNIDADES

- UNIDADE 1 - A ENFERMAGEM NA TERAPÊUTICA CIRÚRGICA
- Estrutura e funcionamento do Centro Cirúrgico e Centro de recuperação Pós-Anestésico.
  - Assistência de enfermagem no pré-operatório.
  - Assistência de enfermagem no trans-operatório.
  - Assistência de enfermagem no pós-operatório.
- UNIDADE 2 - A ENFERMAGEM E O CLIENTE DE ALTO RISCO
- Estrutura e funcionamento de unidades de alto risco.
  - Assistência de enfermagem a pacientes de alto risco.
- UNIDADE 3 - A ENFERMAGEM NA NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO DO CLIENTE EM SITUAÇÕES MAIS COMPLEXAS
- Alterações respiratórias.

(SEGUE)

PROGRAMA (continuação)

TÍTULO E DISCRIMINAÇÃO DAS UNIDADES

- Assistência de enfermagem aos clientes com alterações respiratórias.
- UNIDADE 4 - A ENFERMAGEM NA NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO, HIDRATAÇÃO E ELIMINAÇÃO FISIOLÓGICA DO CLIENTE EM SITUAÇÕES MAIS COMPLEXAS
- Alterações da nutrição, hidratação e eliminação fisiológica.
  - Assistência de enfermagem aos clientes com alterações da nutrição, hidratação e eliminação fisiológica.
- UNIDADE 5 - A ENFERMAGEM NA NECESSIDADE DE REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR EM SITUAÇÕES MAIS COMPLEXAS
- Alterações cardiovasculares.
  - Assistência de enfermagem ao cliente com alterações cardiovasculares.
- UNIDADE 6 - A ENFERMAGEM NA NECESSIDADE DE SEXUALIDADE E REGULAÇÃO HORMONAL
- Alterações na regulação hormonal e sexualidade.
  - Assistência de enfermagem a clientes com alterações da regulação hormonal e sexualidade.
- UNIDADE 7 - A ENFERMAGEM NA NECESSIDADE DE REGULAÇÃO NEUROLÓGICA
- Alterações da regulação neurológica.
  - Assistência de enfermagem a clientes com alterações da regulação neurológica.
- UNIDADE 8 - A ENFERMAGEM NA NECESSIDADE DE MOTILIDADE E LOCOMOÇÃO
- Alterações da motilidade e locomoção.
  - Assistência de enfermagem a clientes com alterações da motilidade e locomoção.
  - Prevenção de deformações e reabilitação do cliente com problemas de motilidade e locomoção.
- UNIDADE 9 - A ENFERMAGEM NA NECESSIDADE DE PERCEÇÃO VISUAL
- Educação para a saúde dos olhos.
  - Alterações da percepção visual.

DATA: \_\_\_\_\_

CONFERE COM O ORIGINAL  
EM 17.03.88

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CHEFE DO DEPARTAMENTO

PELO DERCA

PROF. HELIO HARTSTEIN  
ASSESSOR DA MIEP

IDENTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA:

CÓDIGO	NOME	(T - P) Cr
EFM 309	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADULTO II	( 8 - 16 ) 16

PROGRAMA (continuação)

TÍTULO E DISCRIMINAÇÃO DAS UNIDADES

9.3 - Assistência de enfermagem a clientes com alterações das percepções visuais.

UNIDADE 10- A ENFERMAGEM NA NECESSIDADE DE REGULAÇÃO DA PROLIFERAÇÃO E MATURAÇÃO DE CÉLULAS

10.1- Alteração na proliferação e maturação de células.

10.2- Assistência de enfermagem ao cliente com alterações de regulação da proliferação e maturação de células.

UNIDADE 11- ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE

11.1- Alterações senis

11.2- Assistência de enfermagem ao cliente com alterações senis.

DATA:	COMPLETO COM O NOME: (M. A. / D. / A.)	DATA:	PELO DERCA
	<i>M. A. / 02 / 33</i>		
CHEFE DO DEPARTAMENTO			
PROF. HELIO HARTSTEIN			

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
PROGRAMA DE DISCIPLINA



DEPARTAMENTO:

*5º semestre*

ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO DA DISCIPLINA:

CÓDIGO	NOME	(T - P) Cr
EFM 310	ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL II	8 - 16

OBJETIVOS:

AO TÉRMINO DA DISCIPLINA O ALUNO DEVERÁ SER CAPAZ DE

- Conectar a conduta humana e os distúrbios mentais mais comuns, visando à prevenção de doença, promoção de saúde e reabilitação.
- Prestar assistência de enfermagem a pessoas com distúrbios mentais mais comuns, aplicando princípios de comunicação terapêutica.

PROGRAMA:

TÍTULO E DISCRIMINAÇÃO DAS UNIDADES

UNIDADE 1 - ENFERMAGEM EM SAÚDE E DOENÇA MENTAL

1.1 - A relação Saúde - Doença Mental.

1.2 - Principais disfunções psíquicas.

1.3 - Terapêutica de Enfermagem Psiquiátrica nos níveis primário, secundário e terciário nas disfunções psíquicas.

UNIDADE 2 - ENFERMAGEM NAS NEUROSES E PSICOSES

2.1 - O comportamento da pessoa portadora de neurose.

2.2 - O comportamento da pessoa portadora de psicose.

2.3 - Terapêutica de Enfermagem Psiquiátrica nos níveis primário, secundário e terciário nas neuroses e psicoses.

UNIDADE 3 - ENFERMAGEM E A PERSONALIDADE ANTI-SOCIAL

3.1 - A personalidade anti-social.

3.2 - Dependência ao álcool e drogas. *(segue)*

**PROGRAMA (continuação)**

**TÍTULO E DISCRIMINAÇÃO DAS UNIDADES**

1. - Terapêutica de Enfermagem Psiquiátrica nos níveis primário, secundário e terciário e na terapêutica anti-social.

**UNIDADE 1 - ENFERMAGEM NAS EMERGENCIAS PSICQUIÁTRICAS**

- 1. - Emergências psiquiátricas
- 2. - Assistência de emergência nas emergências psiquiátricas

COMPROVAÇÃO DE ASSINATURA  
 10/11/83/AA  
 AA

DATA: \_\_\_\_\_  
 CHEFE DO DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_  
 PELO DERCA: \_\_\_\_\_

PROF. HELIO HARTSTEIN  
 ASSessor de PRG

6.º SEMESTRE