



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

**JOSIANE CAVANHA GUIMARÃES**

**O PERFIL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA A ATUAÇÃO FRENTE AO  
ALCOOLISMO**

**Assis -SP  
2014**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Preparada pela Biblioteca Instituto Municipal de ensino Superior de Assis-IMESA de Assis

610.730699 GUIMARÃES, Josiane Cavanha. **O Perfil do Profissional Enfermeiro para a Atuação frente ao alcoolismo** / Josiane Cavanha Guimarães/. Assis, 2014. Monografia apresentada ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis-IMESA de Assis, Curso de Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Mariana Carolina Vastag Ribeiro de Oliveira

1) equipe de enfermagem, 2) enfermeiro, 3) humanização, 4) alcoolismo



**Fundação Educacional do Município de Assis  
Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis  
Campus "José Santilli Sobrinho"**

## **O PERFIL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA A ATUAÇÃO FRENTE AO ALCOOLISMO**

TCC apresentado ao curso de Enfermagem de Assis IMESA e à Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA, como requisito parcial à obtenção do Certificado de Conclusão.

Orientanda: Josiane Cavanha Guimarães

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Mariana Carolina Vastag Ribeiro de Oliveira

**Assis -SP  
2014**

Dedico este trabalho de conclusão de curso, aos meus filhos: Bruno e Nicolay, minha razão de viver. Com o apoio e incentivo de vocês consegui sair vitoriosa. Não foi fácil, só nós sabemos, mas conseguimos! Quero dividir os louros desta conquista com vocês!

A minha homenagem e dedicatória à aqueles que passam pela vida com muitas influências em seu dia a dia, e não se permite cair na tentação da corrupção, mantem-se integro como homem durante toda sua vida

Com carinho,

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço este trabalho primeiramente a Deus, pois sem Ele, nada seria possível e não estaríamos aqui reunidos, desfrutando, juntos, destes momentos que nos são tão importantes.

Aos senhores professores, meu reconhecimento e agradecimento pelas várias oportunidades de aprendizado oferecidas pelo curso.

Agradeço também aos meus familiares que de alguma forma me ajudaram e acreditaram em mim, que ficaram na retaguarda me dando muito apoio e carinho.

Aos colegas do Curso que muito me apoiaram em vários momentos desta jornada;

Em especial, a minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Mariana Carolina Vastag Ribeiro de Oliveira, pela orientação cuidadosa, oferecendo-nos condições para concluir mais esta etapa de minha vida.

Grata,

O que será que será  
Que dá dentro da gente e que não devia  
Que desacata a gente, que é revelia  
Que é feito uma aguardente que não sacia  
Que é feito estar doente de uma folia  
Que nem dez mandamentos vão conciliar  
Nem todos os unguentos vão aliviar  
Nem todos os quebrantos, toda alquimia  
Que nem todos os santos, será que será  
O que não tem governo, nem nunca terá  
O que não tem vergonha, nem nunca terá  
O que não tem juízo

Chico Buarque

## RESUMO

**Introdução:** O abuso de álcool está relacionado com diversos problemas, físicos, psíquicos, sociais, o que o torna um relevante problema de saúde pública. **Objetivo:** Compreender e identificar as necessidades dos profissionais de enfermagem que atuam no cuidado ao cliente alcoolista ou portador da Síndrome de Dependência do Álcool. **Metodologia:** Utilizou-se como metodologia uma análise teórica, em que o tema em questão foi explorado e discutido por meio da revisão bibliográfica. Constatou-se por meio de fontes bibliográficas que o cuidado de Enfermagem a pacientes alcoolistas está permeado por uma relação estigmatizada dos profissionais com esses pacientes, mesmo com a percepção do alcoolismo como uma doença crônica que necessita ser tratada. **Considerações Finais:** É essencial que o profissional enfermeiro esteja comprometido de forma integral com o propósito de transmitir informações atualizadas e verídicas, porém observa-se a pouca informação educacional, ou a falta dela, leva à deficiência nos cuidados prestados, com relação aos indivíduos com a Síndrome de Dependência do Álcool. É imprescindível a reflexão sobre a ética, principalmente no que diz respeito às condutas frente ao processo do cuidado.

**Palavras-chave:** equipe de enfermagem; enfermeiro; Humanização; Alcoolismo.

## ABSTRACT

**Introduction:** Alcohol abuse is associated with many physical, psychological, social, problems which makes it an important public health problem. **Objective:** To understand and identify the needs of nurses working in the care of alcoholics client or holder of Alcohol Dependence Syndrome. **Methodology:** We used as a theoretical analysis methodology, where the issue in question was explored and discussed through the literature review. It was found by means of bibliographic sources that nursing care to alcoholic patients is permeated by a stigmatized relationship between professionals in these patients, even with the perception of alcoholism as a chronic disease that needs to be treated. **Final Thoughts:** It is essential that the nurse is engaged in a comprehensive manner with the purpose of transmitting up to date and truthful information, but can observe a little educational information, or lack thereof, leads to a deficiency in care, with respect to individuals with the Alcohol Dependence Syndrome. It is essential to discussions on ethics, especially with regard to pipelines across the care process.

**Keywords:** nursing staff; nurse; humanization; alcoholism.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
1.1 Problematização.....	11
1.2 Objetivos.....	11
1.2.1 Objetivo geral.....	11
1.2.2 Objetivos específicos.....	11
1.3 Metodologia.....	11
<b>CAPITULO I</b> <b>A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL .....</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO II</b> <b>HISTÓRICO DO ALCOOLISMO.....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO III</b> <b>PROCESSO DE ENFERMAGEM: SISTEMATIZAÇÃO PARA A</b> <b>ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E DE SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>25</b>
3.1 Avaliação Inicial do Paciente.....	28
<b>CAPÍTULO IV</b> <b>PERFIL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA A ATUAÇÃO</b> <b>FRENTE AO ALCOOLISMO.....</b>	<b>31</b>
4.1 O Olhar Humanizado do Enfermeiro.....	33
4.2 A Humanização e o Cuidado de Enfermagem.....	39
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>46</b>

## INTRODUÇÃO

Optou-se por trabalhar o tema “Perfil do Profissional Enfermeiro para a Atuação Frente ao Alcoolismo”, se deu tendo em vista que o consumo de álcool tem imenso peso como causa de adoecimento e morte no mundo todo, relacionando-se ao mesmo tempo a diversas consequências sociais negativas, constituindo-se como uma importante causa de morbi-mortalidade para as nações mais pobres, como terceiro maior fator de risco para problemas de saúde na maioria das nações mais ricas e como principal fator relacionado a adoecimento e morte na maioria dos países pertencente ao grupo, cujas economias encontram-se em grau intermediário de desenvolvimento.

Acredita-se que o estudo colaborará com os profissionais da saúde no atendimento e acolhimento destes pacientes, como também de sua família.

Pretende-se através deste trabalho identificar, através de revisão bibliográfica de estudos sobre alcoolismo no Brasil, quem é o indivíduo dependente alcoólico, e o quais os principais fatores que levam ao uso abusivo de álcool

As pessoas, em geral, relacionam o alcoolismo apenas àqueles que bebem compulsivamente todos os dias e em grande quantidade, caindo pelas ruas. Esta imagem até pode ser real, mas é insuficiente para dar conta da extensão da doença, pois a quantidade e a frequência nem sempre são fatores exclusivos para seu diagnóstico. Há aqueles que dizem beber apenas socialmente, mas já são portadoras da doença, pois são dependentes, muitas vezes sem o saberem (OLIVEIRA; CARDOSO FILHO, 2012).

É preciso prestar atenção às causas da dependência física ao álcool, mas também é importante levar em conta as necessidades psicológicas que levam a pessoa a refugiar-se na inconsciência de seus efeitos (OLIVEIRA; CARDOSO FILHO, 2012).

Durante muitos anos considerado um vício, o alcoolismo, hoje, é tratado pela medicina como uma doença crônica de elevados custos sociais e familiares. Caracteriza-se pela dependência da ingestão de álcool sob várias formas (cerveja,

vinho, destilados) com conseqüentes disfunções fisiológicas, psicológicas e sociais. Modernamente, é comum ver-se adolescentes abusando do chope em festas e fins de tarde, sem a consciência de que esse hábito faz com que se tornem resistentes e tolerantes ao álcool até o dia em que não conseguem mais parar de beber. Crises de abstinência, com seus sintomas de intenso desconforto mostraram que a doença já se instalou. O alcoolismo não tratado é progressivo e fatal (BUCHER, 1995).

O termo alcoolismo vem sendo substituído por Síndrome de Dependência do Álcool (SDAS), a qual se diferencia por ser entendida como um processo no qual a pessoa ficaria gradualmente dependente do álcool, eliminando a visão dicotômica de "tudo ou nada" implícita no termo alcoolismo ( HILL, GAUER, GOMES 2006).

Segundo Macia (2000) alcoolismo ou Síndrome de Dependência do Álcool é hoje uma das doenças com conseqüências físicas e sociais mais danosas, catalogada tanto pela Associação Médica dos Estados Unidos quanto pela Organização Mundial de Saúde. Ela afeta o físico, o emocional, o espiritual, como também a família, amigos, social, financeiro, profissional, ou seja, afeta tudo. É responsável também pelo elevado número de homicídios, suicídios, acidentes de trabalho, de trânsito e um dos campeões de internações e reinternações em clínica e hospitais.

Verifica-se que o alcoolismo é uma doença pouco divulgada, precisando ser tratada, porém, a própria pessoa e a família, por preconceito e vergonha, procuram esconder e não buscam auxílio.

O uso de bebida alcoólica, opina Macia (2000), aparece aliado a outros problemas disfuncionais, tais como: fatores iniciais que levam ao etilismo, predisposição genética, facilidade em adquirir bebidas, permitirão planejar intervenções preventivas uma vez que o uso abusivo do álcool representa um problema grave produzindo importantes alterações de saúde, problemas sociais para o indivíduo.

Pode-se perceber de acordo com os autores Bucher (1995) e Macia (2000) que o uso de álcool prejudica tanto o alcoolista como sua família e o convívio social.

## 1.1 Problematização

No decorrer deste trabalho de conclusão de curso que: os enfermeiros têm a tarefa de atender, nos diversos segmentos de saúde, a pacientes acometidos por enfermidades e quadros clínicos associados ao consumo do álcool.

Em grande parte dos casos de internação, as equipes de saúde não estão devidamente capacitadas para identificar e tratar a doença, em especial levando em conta que o diagnóstico precoce é a chave para a prevenção das complicações de saúde advindas desta patologia.

Diante disso, a pergunta que norteará a pesquisa é: Quem é o indivíduo dependente alcoólico, e quais os principais fatores que levam ao uso abusivo de álcool?

Para contribuir com a resposta à questão acima, levanta-se as seguintes perguntas específicas:

- A pouca informação educacional, por parte dos enfermeiros ou a falta dela, leva à deficiência nos cuidados prestados, a atitudes negativas, percepções estereotipadas e pessimistas com relação aos indivíduos com a Síndrome de Dependência do Álcool e ao insucesso do tratamento.
- Quais são as necessidades dos profissionais de enfermagem que atuam no cuidado ao cliente alcoolista ou portador da Síndrome de Dependência do Álcool?
- Qual o papel do enfermeiro e do Sistema Único de Saúde SUS na busca da integralidade da assistência ao cliente alcoolista?

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Compreender e identificar as necessidades dos profissionais de enfermagem que atuam no cuidado ao cliente alcoolista ou portador da Síndrome de Dependência do Álcool.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

Analisar a relação entre o enfermeiro e o SUS na busca da integralidade da assistência ao cliente alcoolista ou portador da Síndrome de Dependência do Álcool.

## **1.3 Metodologia**

Utilizou-se como metodologia uma análise teórica, em que o tema em questão foi explorado e discutido por meio da revisão bibliográfica.

Para Marconi e Lakatos (2003) a pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, por meio de publicações impressas ou *online*.

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de setembro de 2013 a abril de 2014, em periódicos e livros da Área da Saúde. A busca por tais documentos foi realizada por intermédio de análise dos volumes disponíveis na biblioteca da própria Fundação Educacional do Município de Assis, como também utilizou-se a *Internet* como meio de busca eletrônica para enriquecer o levantamento da bibliografia disponível.

A escolha do tema deu-se visto que o consumo de álcool tem imenso peso como causa de adoecimento e morte no mundo todo, relacionando-se ao mesmo tempo a diversas consequências sociais negativas. Constitui-se como importante causa de

morbi-mortalidade para as nações mais pobres, como terceiro maior fator de risco para problemas de saúde na maioria das nações mais ricas e como principal fator relacionado a adoecimento e morte na maioria dos países pertencente ao grupo, cujas economias encontram-se em grau intermediário de desenvolvimento. Acredita-se que o estudo colaborará com os profissionais da saúde no atendimento e acolhimento destes pacientes, como também de sua família.

## **CAPITULO I**

### **A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL**

Denomina-se Reforma Psiquiátrica o movimento histórico de caráter político, social e econômico ocorrido no Brasil por influência da ideologia de grupos dominantes, observa-se que tal práxis faz parte do cotidiano de um bom número de profissionais de saúde mental (GONÇALVES; SENA, 2001)

Para realização da Reforma Psiquiátrica foi necessária uma luta social que perdura há mais de 12 anos, e vive em constante construção, a fim de transformar o atendimento público em Saúde Mental, que proporciona o acesso da população aos serviços e o respeito a seus direitos e liberdade. Busca-se uma mudança no modelo de tratamento, preterindo o isolamento e apoiando o convívio com a família e a comunidade (COELHO, 2010).

A reforma tem em seu bojo, a necessidade de atendimento aos pacientes em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas, Ambulatórios, Hospitais Gerais, Centros de Convivência. Esse modelo caracteriza-se por ser essencialmente público, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. As internações, quando necessárias, são realizadas preferencialmente em hospitais gerais ou nos CAPS/24 horas. Há uma tendência para que os hospitais psiquiátricos deixem de existir e sejam substituídos com o passar dos anos. (BRASIL, 2010).

A luta pela reforma teve seu início na década de 80 quando surgiram as primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência às pessoas com transtornos mentais. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS no Brasil surgiu na cidade de São Paulo, em 1987.

Em 1989 iniciou-se um processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. Esta intervenção demonstrou a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Foram implantados no município de Santos Núcleos de Atenção

Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas e residências para os egressos do hospital e associações.

O Brasil participou da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica no Continente – Organização Pan-Americana de Saúde, e é signatário, desde 1990 da Declaração de Caracas, comprometendo-se a desenvolver esforços no sentido de superar o modelo de hospital psiquiátrico como serviço central para o tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais.

A partir de 1992 surgiram leis estaduais (CE, DF, ES, MG, PR, PE, RN e RS). No ano de 1992 foi editada a Portaria SNAS nº 224, de 29/01/92, que estabeleceu as diretrizes e normas no âmbito do SUS, tanto para o atendimento hospitalar (em hospital dia, urgência psiquiátrica em hospital geral, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria) quanto ambulatorial (em unidades básicas, centro de saúde e ambulatório, e em núcleos ou centros de atenção psicossocial – NAPS/CAPS - baseada nas experiências iniciadas na década de 80).

Esta portaria proibiu a existência de espaços restritivos e garantiu regras mínimas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos. Nessa década houve avanços em direção à reversão do modelo psiquiátrico tradicionalmente hospitalocêntrico e asilar que se estabeleceu no país, por mais de 150 anos, com a redução de 57 hospitais psiquiátricos, com a consequente diminuição de cerca de 30.000 leitos, que foram substituídos por mais de 100 serviços de cuidados extra-hospitalares e cerca de 2000 leitos para assistência à saúde mental em hospitais gerais.

Tais avanços culminaram na criação de um programa permanente de organização e acompanhamento das ações assistenciais em saúde mental, visando à consolidação dos avanços e a criação de mecanismos para a reversão do modelo existente e estabelecendo mecanismos de avaliação e supervisão continuadas dos serviços hospitalares e ambulatoriais, previsto na Portaria nº 799/2000.

O Ministério da Saúde editou a Portaria nº 106, de 11/02/2000, que criou os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, entendidos como “moradias ou casa inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar dos portadores de



transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa permanência, que não possuem suporte social e laços familiares e que viabilizem sua inserção social.” (art. 1º, parágrafo único), a fim de substituir a internação psiquiátrica prolongada.

A partir de então, a política pública para a saúde mental, seguindo as diretrizes da Declaração de Caracas, passou a considerar que as internações em hospitais especializados em psiquiatria devem ocorrer somente naqueles casos em que foram esgotadas todas as alternativas terapêuticas ambulatoriais existentes, partindo da premissa de que o modelo de atenção extra-hospitalar tem demonstrado grande eficiência e eficácia no tratamento dos pacientes portadores de transtornos mentais.

O novo modelo de atenção deixou de estar previsto unicamente em portarias do Ministério da Saúde e algumas leis estaduais e passou a ter sede na Lei nº 10.126/2001, que reconheceu o direito à reinserção social dos pacientes de longa permanência em hospitais psiquiátricos:

Art. 1º “Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra”.

Art. 2º “Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados”

Parágrafo único.

São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º “ É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais”.

Art. 4º “A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º “O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros”.

§ 3º “ É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º”.

Art. 5º “O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário”.

Art. 6º “A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos”.

Em 31/01/2002 foi editada a Portaria GM nº 251, que instituiu o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar em psiquiatria e hospitais gerais com enfermagem ou leitos psiquiátricos.

Observou-se neste capítulo que, as políticas de Saúde Mental no Brasil foram pautadas em uma modificação na organização da estrutura e das relações entre os serviços (BARROS; TUNG; JESUS MARI, 2010).

Em meados da década de 1980, o movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica" cresceu de maneira significativa. Em consonância com diretrizes mundiais, um aspecto central do movimento brasileiro foi o fechamento e o descredenciamento progressivo dos leitos psiquiátricos. Gradativamente, houve uma redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos, que deixaram de constituir o cerne do sistema assistencial, que passou a se basear, fundamentalmente, em uma rede de

serviços extra-hospitalares de crescentes complexidades (BARROS; TUNG; JESUS MARI, 2010).

Com essas mudanças nas políticas assistenciais, os Serviços de Emergências Psiquiátricas- SEPs também passaram a desempenhar um novo papel na rede de saúde mental. Inicialmente, assumiram a função de principal porta de entrada na rede de atendimento em saúde mental. Posteriormente, passaram a executar uma função de regulação da rede assistencial da saúde mental, evitando o uso desnecessário das internações hospitalares, reduzindo sobremaneira a sobrecarga nos leitos psiquiátricos.

Em vários países, inclusive, no Brasil, a maioria dos casos de primeiro surto psicótico tem seu primeiro atendimento realizado em SEPs. Desse modo, os SEPs podem assumir um papel importante no atendimento prioritário dos casos agudos de transtornos psicóticos, transtornos do humor, transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas e transtornos de personalidade (BARROS; TUNG; JESUS MARI, 2010).

Acredita-se que a organização da rede de saúde mental poderá ser fortalecida na atenção primária com a atuação de equipes mínimas capazes de realizar atendimentos individuais e em grupos (psiquiatra, psicólogo e assistente social) nas unidades básicas de saúde.

Este trabalho especificamente tratará do paciente com história de alcoolismo.

## **CAPÍTULO II**

### **HISTÓRICO DO ALCOOLISMO**

Segundo Bertolote *et al.* (1997) o consumo do álcool e de drogas atravessa a História da Humanidade. As drogas e o álcool foram utilizados como remédios capazes de aliviar o sofrimento e de curar certas doenças. No passado, ambas foram também consideradas substâncias capazes de estabelecer a comunicação dos homens com os deuses, através de sacerdotes e chefes, formando alianças místicas misteriosas.

O conceito de alcoolismo surgiu no século XVIII, logo após a crescente produção e comercialização do álcool destilado, trazido pela Revolução Industrial. O primeiro estudioso a introduzir o conceito de alcoolismo crônico, estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos, foi Magnus Huss. (GIGLIOTTI; BESSA, 2004).

No final do século XIX, nos Estados Unidos, surgiu um movimento social denominado Temperança, que tinha como objetivo por meio de conceitos morais da época, controlar o uso do álcool. Já no século XX, este movimento culminou com a Lei Seca, que proibia no país a produção e consumo de álcool. Esta lei foi revogada anos mais tarde, no período presidencial de Franklin Roosevelt, o que deu continuidade aos problemas resultantes do uso abusivo do álcool e estimulou novas pesquisas (MARQUES, 2001).

Em 1976, Griffith Edwards e Milton Gross propuseram uma nova nomenclatura e então surge a Síndrome de Dependência do Álcool (DAS). Esta nova definição descreve o alcoolismo como um transtorno que se constitui ao longo da vida, dependendo da interação de fatores biológicos e culturais, como religião e valor simbólico do álcool em cada comunidade. Sendo uma forma de aprendizado individual e social do modo de se consumir bebidas e nesse processo de aprendizado de usar o álcool, um dos fenômenos mais significativos é a abstinência. Desta forma, ao ingerir a bebida para aliviar esses sintomas é estabelecida à

associação que sustenta tanto o desenvolvimento quanto a manutenção da dependência (SILVA, 2011).

De acordo com Souza, Areco, Silveira Filho (2005) o uso indevido de bebidas alcoólicas é considerado um grave problema de saúde pública. Além da sua prevalência na população adulta, esse comportamento está presente igualmente entre adolescentes, repercutindo na sua saúde física e mental. O consumo de álcool pode ser advindo do estilo de vida atual, dos elevados níveis de estresse, de ansiedade, de baixa autoestima, sentimentos depressivos, susceptibilidade à pressão dos pares e problemas relacionados à escola.

Diversos campos do saber científico adotam diferentes definições dos termos uso, abuso e dependência de álcool. A Classificação Internacional de Doenças (CID-10) define uso como qualquer consumo, independente da frequência; abuso, um consumo associado a consequências adversas recorrentes, porém não caracterizando dependência (FACCIO, 2008). Esta última manifesta-se quando o uso de uma substância passa a caracterizar um estado disfuncional.

No Brasil, estudos têm mostrado que a taxa de prevalência de alcoolismo varia entre 3,0% e 6,0% na população geral. É considerado o terceiro motivo para o absenteísmo no trabalho, com elevadas taxas de aposentadorias precoces, acidentes de trabalho e de trânsito, responsável por proporção considerável de ocupação leitos hospitalares (OMS,2000).

O álcool é considerado uma droga psicoativa que, dependendo de alguns fatores, como dosagem, frequência do consumo e circunstâncias, pode causar ou não problemas de nível orgânico, psicológico e social, caracterizando, então, o alcoolismo como um fenômeno complexo que atinge todas as classes sociais de diversos países do mundo. Esse conceito foi bastante modificado durante os anos, antes de ser definido pela OMS como Síndrome de Dependência do Álcool (BARROS, 2000).

Esta Síndrome de Dependência do Álcool baseia-se em sete sinais e sintomas cardinais, são eles: empobrecimento do repertório de ingestão;relevância da bebida;

aumento da tolerância ao álcool; sintomas repetidos de abstinência (tremores, náuseas, sudorese e perturbações do humor básico); alívio ou esquiva dos sintomas de abstinência através de mais bebida; percepção subjetiva da compulsão a beber e reinstalação rápida da tolerância após quebra da abstinência (BARROS, 2000).

Fender (1996) relata que a bebida alcoólica traz uma série de consequências para o indivíduo como: a estigmatização instalada no grupo de alcoolistas pela sociedade que, muitas vezes, é visto como viciado, bêbado e vagabundo, sendo também representado como sujeito sem vontade. Tal estigmatização acaba levando esse grupo à marginalização e exclusão do restante da população.

O uso do álcool e de outras drogas é um fenômeno antigo que tem acompanhado a história da humanidade e vem crescendo abusivamente nos dias atuais.

Sabe-se que o uso contínuo do álcool pode levar ao alcoolismo, que consiste em um fenômeno complexo que provoca alterações nos diversos órgãos e sistemas, além de problemas sociais, atingindo a família, o trabalho, as relações sociais, a situação financeira, a justiça e a polícia.

Dependência, segundo a OMS – Organização Mundial de Saúde é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua ou periódica para obter prazer. Alguns indivíduos podem também fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis e etc. O dependente químico caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva (OMS, 2003).

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

Ao ingerir de duas a quatro doses, denominadas, perfazendo uma dosagem entre 20mg% e 80mg%, ocorrem perda da coordenação muscular, alterações do humor e

do comportamento e inicia-se o aumento na atividade motora. Ao atingir de 80 a 200mg%, surgem alterações neurológicas progressivas, como ataxia e fala pastosa. As funções cognitivas também estão prejudicadas. Até alcoolemias de 150mg%, sugere-se o monitoramento dos sinais vitais do paciente em ambiente seguro e calmo, com atenção à manutenção das vias aéreas livres. Um risco que cresce em importância com a alcoolemia é a aspiração de vômito (AMARAL; MALBERGIER; ANDRADE, 2010)..

Nesse caso, indica-se o soro fisiológico intravenoso (IV) restringe-se à ocorrência de desidratação e a de glicose hipertônica só se justifica se o paciente estiver hipoglicêmico. A prescrição de glicose hipertônica deve ser precedida pela administração de tiamina para controle do risco de precipitação de síndrome de Wernicke em paciente com carência de tiamina. Em alcoolemias entre 200 e 300mg%, a possibilidade de náuseas e vômitos ocorrendo concomitantemente com a sedação aumenta o risco de aspiração do conteúdo gástrico. (AMARAL; MALBERGIER; ANDRADE, 2010).

Em níveis superiores a 300mg%, hipotermia e comprometimento do nível de consciência são prováveis, exceto em pessoas mais tolerantes. O coma começa a ser visto em níveis de 400 a 600mg%, variando de acordo com a tolerância individual. Embora existam exceções, alcoolemias entre 600 e 800mg% são fatais. Neste ponto, complicações decorrentes de falha respiratória, cardiovascular e de controle da temperatura corporal são observadas. O álcool não é absorvido pelo carvão ativado, portanto, não se justifica sua indicação no tratamento da intoxicação alcoólica. (AMARAL; MALBERGIER; ANDRADE, 2010).

A taxa de eliminação do álcool do organismo é, geralmente, de 10 a 30mg% por hora. Desta forma, as metas para o tratamento da intoxicação por álcool são dirigidas para preservar a função respiratória e cardiovascular até que os níveis de álcool caiam para uma faixa segura. Pacientes que estão gravemente intoxicados e comatosos, como resultado do uso de álcool, devem ser seguidos da mesma forma como todos os pacientes em coma, com atenção especial dada à monitorização das funções vitais, protegendo a respiração e aspiração de conteúdo gástrico, a hipoglicemia e a deficiência de tiamina. A verificação do uso de outras drogas que

possam contribuir para o coma, bem como outras fontes de indução de coma, deve ser feita. Idealmente, a agitação é mais bem administrada com abordagens interpessoais e de enfermagem, em vez de medicação adicional, que pode complicar e atrasar a eliminação do álcool. No entanto, em situações em que a agitação psicomotora é intensa, colocando paciente e membros da equipe em risco, o uso de antipsicóticos de alta potência, em baixas doses, pode ser necessário (AMARAL; MALBERGIER; ANDRADE, 2010)..

Existem duas formas de dependência, são elas: a física e a psicológica.

Tratando-se da dependência física caracteriza-se pela presença de sintomas e sinais físicos que aparecem quando o indivíduo pára de tomar a droga ou diminui bruscamente o seu uso: é a síndrome de abstinência. Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância utilizada e aparecem algumas horas ou dias depois que ela foi consumida pela última vez. No caso dos dependentes do álcool por exemplo, a abstinência pode ocasionar desde um simples tremor nas mãos à náuseas, vômitos e até um quadro de abstinência mais grave, denominado *delirium tremens* com risco de morte em alguns casos.

Já a dependência psicológica corresponde a um estado de mal-estar e desconforto que surge quando o dependente interrompe o uso de alguma droga. Os sintomas mais comuns são ansiedade, sensação de vazio, dificuldades de concentração, mas que podem variar de pessoa para pessoa.

Com os medicamentos existentes atualmente, a maioria dos casos relacionados à dependência física podem ser tratados. Por outro lado, o que quase sempre faz com que uma pessoa volte a usar drogas é a dependência psicológica, de difícil tratamento e não pode ser resolvida de forma relativamente rápida e simples como a dependência física.

Contudo, segundo Pesquisa Científica do OMS (2003), a dependência química se constitui-se de fator genético condicionante, ou seja tem um caráter primário. É uma doença em si e não um mal decorrente da educação, ou do caráter ou mesmo do



desvio de conduta. É inata: a pessoa já nasce com predisposição orgânica para desenvolvê-la.

A OMS conclui de maneira inequívoca que 13,4% da população do mundo nasce com o organismo predisposto a ficar dependente do álcool e / ou outras drogas. E segundo Ballone (2003) a predisposição não significa que a pessoa se tornará dependente. O que determina a ativação da doença são as primeiras experiências. A pessoa que tem um organismo predisposto, terá como benefício uma experiência de extremo bem estar e sentimento de poder, alegria e superação das dificuldades de vida.

A dependência de substâncias psicoativas (álcool e drogas) é uma síndrome médica bem definida internacionalmente, cujo diagnóstico é realizado pela presença de uma variedade de sintomas que indicam que o indivíduo consumidor apresenta uma série de prejuízos e comprometimentos devido ao seu consumo. É considerada doença crônica, tal qual a hipertensão arterial e o diabetes, e como tal acompanha o indivíduo por toda sua vida. Como toda doença crônica, o tratamento é voltado para a redução dos sintomas, que afetam não apenas o paciente, mas toda a comunidade ao seu redor. Períodos de controle da enfermidade são observados no tratamento, mas uma das características fundamentais é o retorno de toda a sintomatologia (recrudescências ou recaídas) em alguns períodos da vida do indivíduo.

Apesar dos prejuízos que o indivíduo passa a apresentar pelo uso de drogas, outra característica fundamental da dependência é o fato do sujeito ainda assim manter o consumo ou frequentemente a este retornar. Perde-se, parcial ou totalmente, a capacidade de controlar o uso; a droga passa a controlar a rotina do indivíduo. A definição como síndrome implica em uma série de sintomas que não necessitam estar todos presentes ao mesmo tempo para o diagnóstico ser realizado. Este fato resulta em uma variedade de quadros clínicos que se apresentam aos diferentes serviços de atendimento, garantindo as diferenças individuais entre os pacientes dependentes.

A dependência encontra-se classificada mundialmente entre os transtornos psiquiátricos, embora suas repercussões abranjam áreas de funcionamento não circunscritas à Medicina (social, psicológica, legal e criminal, educacional e etc.). O tratamento deste transtorno psiquiátrico deve, portanto, incluir aspectos comuns a todos indivíduos acometidos (aspectos comuns da população de dependentes), bem como aspectos individualizados (particulares) de cada paciente.

Neste contexto, o tratamento de dependentes químicos é uma das formas de minimizar os prejuízos que costumam ocorrer na vida do indivíduo, de seus familiares, de seus vizinhos, do município onde reside, de seu Estado, bem como de seu país.

Os custos da dependência incluem gastos pessoais e familiares, do sistema de saúde, de perdas laborais, de redução de impostos, do sistema judicial e correcional, de serviços policiais, exercendo um peso importante no orçamento nacional. Tratar a dependência significa investir para a redução de gastos já citados. Os resultados do tratamento mais frequentemente citados são a redução do consumo de substâncias, a diminuição na utilização dos sistemas de saúde e a menor participação em comportamentos ilícitos, associados direta e indiretamente ao uso de drogas e álcool. O tratamento da síndrome da dependência necessita, também, abranger todas as áreas de impacto do consumo sobre a vida do paciente. Como suas consequências, são de diferentes dimensões, uma abordagem multiprofissional, passa a ser necessária para que o tratamento seja eficaz.

### **CAPÍTULO III**

#### **PROCESSO DE ENFERMAGEM: SISTEMATIZAÇÃO PARA A ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA E DE SAÚDE MENTAL**

O cuidado como fundamento da ciência e da arte da Enfermagem, é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado, é o compromisso com o cuidado existencial que envolve também o auto-cuidado, a autoestima, a auto-valorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida própria pessoa que cuida (SILVA JÚNIOR, *et al*, 2009).

O processo de enfermagem é um método para sistematizar a assistência, definido como atividade intelectual deliberada na qual a prática de enfermagem é abordada de maneira organizada de forma a auxiliar os enfermeiros a decidirem, preverem e avaliarem ações e estratégias.

O processo de enfermagem é um método de trabalho utilizado para viabilizar o trabalho do enfermeiro durante o atendimento ao cliente, facilitando a identificação dos problemas e as decisões a serem tomadas para a melhora do cliente, deixando o processo mais dinâmico, individualizado e humanizado na prestação de cuidados de enfermagem (CARVALHO *et al*, 2008).

Para George *apud* Beteghelli *et al* (2003), denomina-se processo de enfermagem aquele utilizado adequadamente na abordagem do doente mental oferece ordem e direcionamento ao cuidado prestado, constituindo-se na essência da prática da enfermagem, como instrumento e metodologia para auxiliar o enfermeiro na tomada de decisões, uma vez que propicia prever e avaliar as consequências das intervenções, oferecendo, assim, ao doente mental, o que de fato é responsabilidade da profissão, o pano de fundo para uma boa prática profissional.

O enfermeiro utiliza o controle como um artifício em vários momentos de sua atuação. Independentemente da forma de controlar, o enfermeiro desenvolve estratégias para estabelecer relações e julgamentos e, a partir daí, demarcar sua posição (MIRANDA e FUREGATO, 2004) .

Desta forma a Sistematização da Assistência de Enfermagem organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem (Resolução COFEN 358/2009), os três autores abordados entram em consenso no que diz respeito ao processo de atendimento.

Segundo a Resolução COFEN 358/2009, por utilizar cinco etapas inter-relacionadas a SAE é ferramenta utilizada para auxiliar o profissional de enfermagem no atendimento ao paciente com doença mental. São essas etapas: a Coleta de Dados de Enfermagem, o Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação e Avaliação de Enfermagem.

Percebe-se, nos estudos acima, a necessidade da implantação da SAE na psiquiatria, visto que esta proporciona atendimento facilitado ao paciente com doença mental, além de permitir ao enfermeiro a prática de um atendimento sistematizado.

Neste contexto, verifica-se que o ser humano é percebido como um todo, ou seja, e forma holística, com o que acontece na mente afetando o restante do corpo, assim, o paciente é a pessoa, família ou grupo que recebe a assistência de enfermagem (MELLO, 2009).

Aconselha-se que o enfermeiro utilize-se de literatura especializada em psiquiatria e saúde mental a fim de atualizar seus conhecimentos, com o objetivo de proporcionar aos pacientes uma boa assistência de enfermagem.

Verifica-se que o consumo excessivo do álcool acarreta, é indiscutivelmente importante a atuação dos profissionais de saúde, com enfoque para o profissional enfermeiro, trabalhando em todos os níveis de atenção. Seja no oferecimento de serviços que esclareçam as dúvidas acerca dos malefícios do álcool quanto no acolhimento destes indivíduos que já desenvolveram a doença e necessitam de ajuda para iniciar um tratamento e um apoio psicológico durante o mesmo.

As instituições de assistência à saúde têm atendido essa demanda crescente de usuários de álcool realizando um trabalho através de grupos de autoajuda que têm como princípio a redução de danos, pois este método mostrou-se eficaz para uma nova concepção de qualidade de vida, para promover um estilo de vida mais saudável, resultando em ganhos sobre a autoestima e sobre novas práticas de cuidados sobre si (BARBOSA, 2008).

Devido aos altos índices de abuso do álcool e seu impacto na saúde e na sociedade, é imprescindível que o indivíduo alcoolista seja atendido com uma abordagem integral focado na redução de danos, englobando ações que visem à redução do consumo ou das consequências deste.

O enfermeiro tem papel muito importante historicamente na educação em saúde, na educação sobre alcoolismo e com relação a estratégias de intervenção, tomar-se-á sempre mais marcante em resposta à necessidade da sociedade para tais serviços. (DINIZ *et al*, 1996).

A equipe de enfermagem passa a maior parte do tempo junto aos usuários dos serviços de saúde, têm melhores condições de auxiliar os que apresentam problemas relacionados com a ingestão abusiva de álcool. Para tanto, é fundamental que o resgate da história de consumo de substâncias psicoativas se torne uma rotina nas avaliações dos enfermeiros, em qualquer instituição de saúde, pública ou privada, já que muitas são as lacunas de conhecimento em relação ao cuidado de uma clientela historicamente excluída e isolada do convívio da sociedade (OLIVEIRA; PILLON, 2006).

De acordo com a literatura sobre o tema refere que a pouca informação educacional, ou a falta dela, leva à deficiência nos cuidados prestados, a atitudes negativas, percepções estereotipadas e pessimistas com relação aos bebedores-problema e ao insucesso do tratamento, pois os enfermeiros tendem a ser mais moralistas com relação aos alcoolistas e percebem o problema mais como fraqueza do que como doença; também são mais moralistas se comparados com outros profissionais de saúde (VARGAS, 2011).

Observa-se ainda que, a percepção do enfermeiro com relação ao alcoolismo tem sido mais no enfoque de doença do que moral, acreditando que esses indivíduos devem receber assistência de saúde como outro doente qualquer.

Essa visão preconceituosa que as pessoas geralmente têm sobre o alcoolista, deixa entrever uma ambigüidade diante da questão, visto que reconhecem a necessidade de tratamento do indivíduo que abusa da bebida alcoólica (VARGAS, 2010, p. 1029)

A construção, não só do conceito de álcool, mas também do conhecimento acerca dos problemas causados por ele é realizada durante a formação do enfermeiro e se estende no decorrer de sua vida profissional, sofrendo influências científicas, sociais e psicológicas (PILLON; LUIS, 2004).

É imprescindível que estes profissionais detenham conhecimentos específicos para problemas físicos e psicológicos do indivíduo alcoolista acerca desta problemática, a fim de que um número maior de pacientes tenha a oportunidade de receber intervenção e tratamento adequados em relação à dependência alcoólica.

Conclui-se que a inclusão da Sistematização da Assistência de Enfermagem tem grande contribuição no atendimento ao paciente psiquiátrico, utilizado como instrumento metodológico, que estrutura as etapas de atendimento.

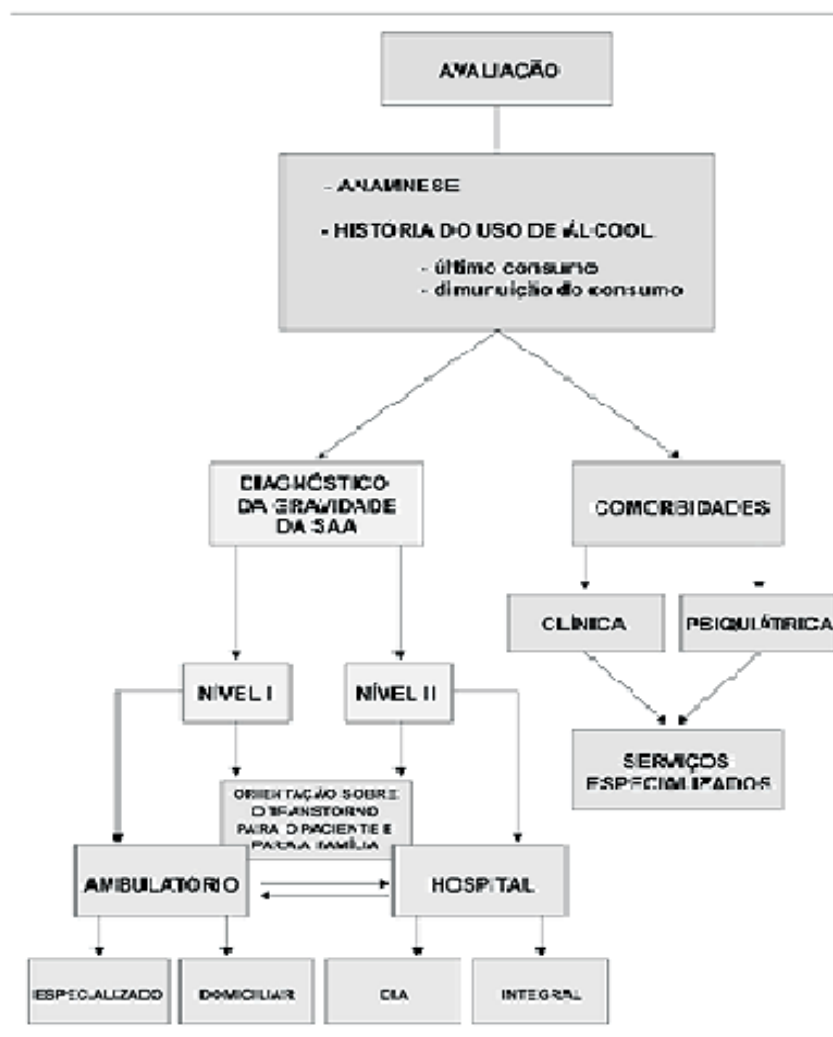
### **3.1 Avaliação Inicial do Paciente**

Tratando-se do papel da equipe de enfermagem junto ao alcoolista, é importante lembrar que, no Brasil, a partir da criação da Lei nº 775/49, os currículos de graduação em enfermagem passaram a prever a formação de profissionais voltados para atuar na área de Psiquiatria, cuja prática assistencial sempre foi influenciada diretamente pelo saber médico construído sobre o doente mental, tanto que cabia às enfermeiras apenas vigiar, acompanhar, reprimir e controlar os doentes mentais ou alienados, como eram designados no século XX (VARGAS, 2010).

A avaliação inicial de um paciente que refere uso crônico de álcool deve ser muito cuidadosa e detalhada. A partir dessa investigação criteriosa é possível que se determine o nível de comprometimento no momento da intervenção, os problemas relacionados a esse uso e à presença ou não de complicações e comorbidades associadas (LARANJEIRA, *et al*, 2000).

Essa etapa determinará um diagnóstico mais preciso e um encaminhamento mais adequado para o tratamento subsequente e, portanto, ela deve ser direcionada por dois vetores fundamentais, sendo 1 a avaliação da SAA e 2 a avaliação dos problemas associados ou não ao consumo. (LARANJEIRA, *et al*, 2000), conforme indica figura a seguir.

**Figura 1** - Avaliação dos problemas associados ou não ao consumo



**Figura 3** - Avaliação do paciente

Verifica-se que a Educação em saúde é fundamental para assegurar não só o entendimento do cliente, como também de sua família, sobre os problemas relacionados ao uso crônico de álcool.

Assim como é imprescindível a orientação do paciente sobre o seu problema, a família, parte integrante dessa disfunção, precisa ser informada e encaminhada para um tratamento mais intensivo, se necessário.

Em qualquer dos níveis de comprometimento que o indivíduo se apresente, é essencial trabalhar os conceitos de síndrome de dependência e abstinência alcoólica, com objetivo claro de desenvolver, nesse sistema familiar, a crítica sobre seu papel nesse transtorno, como também promover sua mudança de pensamento e comportamento.

Trabalhar a autoestima e a importância da desintoxicação, assim como a prevenção da recaída, são estratégias a serem adotadas nessa fase inicial do tratamento, não só com o paciente, como também com seu sistema familiar e social.



## **CAPÍTULO IV**

### **PERFIL DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO PARA A ATUAÇÃO FRENTE AO ALCOOLISMO**

Pesquisas sobre a formação do enfermeiro propõem que o ensino de Enfermagem não tem correspondido às reais necessidades da sociedade no que diz respeito ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Verifica-se que a abordagem curricular sobre álcool e drogas permanece restrita às disciplinas relacionadas à saúde mental, compondo uma carga horária insuficiente para habilitar o enfermeiro a atender à população envolvida nessa problemática (CARRARO, RASSOOL e LUIS, 2005).

O resultado disso é a existência de uma lacuna na formação dos enfermeiros, especificamente relacionado à abordagem aos pacientes usuários de substâncias psicoativas.

Assim, observa-se o descompasso entre o conhecimento teórico sobre álcool e drogas e as atitudes e crenças dos acadêmicos de enfermagem a respeito dos usuários dessas substâncias. O conhecimento teórico guarda estreita relação com o modelo médico, que considera o dependente químico como um doente, que necessita de tratamento e, como outros doentes, tem possibilidade de superar a enfermidade mediante tratamento. Já as atitudes e crenças aparecem associadas ao modelo moral, que empreende juízo de valor sobre o dependente químico, desacreditando de seu potencial de recuperação (RIBEIRO; CHAMON, 2012).

O papel desempenhado historicamente pelos enfermeiros na educação em saúde, antecipa-se ao papel dos profissionais de enfermagem, na educação sobre alcoolismo e com relação a estratégias de intervenção, tomar-se-á sempre mais marcante em resposta à necessidade da sociedade para tais serviços (DINIZ, 1996).

O enfermeiro deve ser capacitado a atuar com o paciente alcoolista, visto possuir a vantagem de poder assisti-lo de forma mais ampla e em várias situações acompanhando, aconselhando e ajudando o paciente a atingir a estabilidade, além disso, é o profissional que se encontra em uma das posições mais privilegiadas para

entender os sentimentos dos pacientes, segundo diferenças sociais, culturais e individuais (GIL-MERLOS 1985).

O profissional de saúde deverá ser capacitado à atuar com o paciente alcoolista para que possa assisti-lo de forma mais ampla e em várias situações acompanhando, aconselhando e ajudando os ajudando a atingir a estabilidade GIL-MERLOS, 1985).

Sabe-se que é este profissional que se encontra em uma das posições mais privilegiadas para entender os sentimentos dos pacientes, segundo diferenças sociais, culturais e individuais (GIL-MERLOS, 1985).

Segundo, Pillon *et al.*(2004) a assistência ao usuário de álcool é uma prática complexa e, frequentemente, o profissional pode avaliar seu cliente sob o olhar de mais de um modelo ao mesmo tempo: o moral, quando ele não ouve seus conselhos, o médico, quando executa procedimentos terapêuticos; o social, quando não identifica a retaguarda necessária para a reintegração social.

O enfermeiro atua neste espaço deverá agir como um educador através de sua atuação em grupos de autoajuda, grupos de saúde e de conversas informais, onde proporcionará auxílio psicológico, levantando a autoestima dos usuários e estabelecendo um vínculo de confiança e compreensão entre ambos.

Assim como serve como um elo entre o usuário e sua família fortalecendo as relações interpessoais e fazendo com que ambos reflitam sobre a importância das relações familiares e do vínculo afetivo.

Enfim, é necessário que enfermeiro saiba que além dos efeitos de medicações, dos efeitos das drogas no organismo, necessita saber realizar atividades em grupo, saber ter uma escuta ativa, deve ter uma boa comunicação e ter um bom relacionamento interpessoal tanto com os usuários e seus familiares.

Quanto ao cuidado de enfermagem ao paciente alcoolista, o enfermeiro fundamenta a sua prática por meio do Processo de Enfermagem. Trata-se de um método que

estimula o pensamento crítico, o julgamento clínico sobre todas as informações acerca da situação de saúde dos sujeitos e coletividades e orienta o processo de tomada de decisão de forma consciente para alcançar excelentes resultados que qualifiquem e descrevam as ações desse profissional nas mais variadas situações de prática (ALFARO-LEFEVRE; 2010).

Observou-se durante este estudo bibliográfico que existem poucos materiais que tratam deste assunto especificamente, sendo assim, sugere-se a necessidade de discussões, treinamentos e capacitações dos profissionais envolvidos no cuidado direto a pacientes alcoolistas, visto que, há fragilidade dos conhecimentos teórico-práticos fornecidos a esses profissionais em sua formação, entretanto, mais que isso acredita-se que seja imprescindível além da prática deste profissional, também o olhar humanizado do profissional especialmente para este paciente alcoolista.

#### **4.1 O Olhar Humanizado do Enfermeiro**

Segundo o dicionário Aurélio (2004) humanização é o ato de humanizar, que por sua vez significa:

- Tornar humano; dar condição humana a; humanar.
- Tornar benévolo, afável, tratável; humanar.
- Fazer adquirir hábitos sociais polidos; civilizar;
- Amansar (animais).
- Tornar-se humano; humanar-se.

Humanizar é fazer boas ações, demonstrar ternura e respeito, sentir o outro. É ver o outro. É ver o outro como um ser humano, um ser total - corpo, mente, emoção e espírito ( NASCIMENTO e MARTINS, 2003: p. 16).

A palavra humanização foi determinada para definir esse processo de mudanças pela ênfase ao humano, e renasceu para valorizar o gênero humano. Esse processo envolve todos os membros da equipe fazendo com que as responsabilidades da

equipe se estendam além das intervenções tecnológicas e científicas no paciente (MAGALHÃES, GUANAES, CELLI *et. al.*,2004).

O termo humanização revela uma ampla variedade de iniciativas responsáveis por definir a forma de assistência empregada que evidencia a qualidade do cuidado técnico, mas também reconhecendo os direitos dos pacientes, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento e valorização do profissional e a comunicação entre as equipes (DESLANDES, 2004).

Estas definições levam os indivíduos a se questionarem sobre o que é ser humano. Com a experiência cotidiana pode-se concordar e assumir a definição tal qual o dicionário descreve.

Desde Freud e Marx sabe-se que também faz parte do humano a exploração do outro, a alienação, a agressão, o equívoco e a culpa. Os neo-biologistas querem nos convencer de que somos produtos pura e simplesmente da combinatória genética. Os neo-relativistas querem nos convencer de que o todo é inter-subjetivo e relativamente justificável. E o social? O social foi para o fundo da gaveta pós-moderna, sai de vez em quando, somente para se justificar que nada de novo é possível no mundo humano (ONOCKO, 2004, p. 16).

Onocko (2004) conceitua Humanizar como tornar humano. Em sentido estrito, mas situado no contexto presente, significa tratar os usuários e familiares como gente, respeitá-los como sujeitos de uma dignidade especial e senti-los como pessoas potencialmente iguais a nós próprios, ou seja, simplesmente respeitar a personalidade e a dignidade inerentes aos seres humanos. Com maior latitude, o termo humanizar pode abranger os conceitos de humanismo e de humanitarismo.

Neste sentido amplo, verifica-se que o termo humanização inclui o humanismo, que pode ser definido como uma tendência doutrinária progressista de pensar a sociedade, caracterizada pela defesa da dignidade, da liberdade e da plena realização da personalidade e dirigida para fomentar a satisfação das necessidades individuais e sociais dos seres humanos.

Hoje, mais que nunca, o humanismo está orientado para o respeito aos direitos humanos e sua efetivação para todas as pessoas, sem exclusão de qualquer uma.

A comunicação é fator importante dentro de uma instituição, faz necessária a sensibilização dos gestores sobre sua importância seja por meio das palavras, seja através do corpo; demonstrar posturas, formas de apresentação e acolhimento, tendo em vista que estes são a imagem da empresa, mesmo aqueles que não realizam o atendimento direto ao cliente (RIVERA, 2003).

É necessária uma comunicação com múltiplas estratégias comunicativas, com visão e ação transdisciplinar, com objetivo de maximizar as informações, sendo esta congruente com os valores, visão e missão da instituição, bem como com as estratégias, planejamentos e ações daqueles que compõe a corporação. (RIVERA, 2003).

Para que haja uma boa comunicação na instituição é imprescindível um bom planejamento de comunicação baseado na clareza, transparência e simplicidade da linguagem para alcançar a compreensão dos servidores, como também de seus usuários e conquistar o comprometimento da equipe, como também melhorar o relacionamento com o público.

Segundo Prado (1984) a humanização é um processo de construção gradual, realizada através do compartilhamento de conhecimentos e de sentimentos.

A humanização é uma nova visão do atendimento tanto no sentido antropológico quanto no psicológico. Todos os profissionais são seres humanos, tal como os usuários, mas nem todos podem ser chamados de humanizados (GARCIA, 2005, p. 95).

Segundo Rios (2004, p. 6), humanização significa:

Valorizar a dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo e estimulando processos integradores e promotores de compromissos; Garantir condições para que os profissionais efetuem seu trabalho de modo digno e criador de novas ações e para que possam participar como co-gestores do processo de trabalho;

Fortalecer o trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.

Verifica-se que o atendimento humanizado envolve várias questões que extrapolam a relação profissional/usuário. É a forma como o usuário é atendido, incluindo-se, nesse contexto, a conscientização sobre a necessidade de ser visto como ser humano.

Segundo Garcia (2005) o usuário é um ser humano que tem família, que estuda, trabalha, tem planos, sonhos e sofre por ter sido, de uma hora para outra, extraído de sua vida e de sua rotina pessoal, tornando-se vulnerável por alguma situação. Quando acontece algum problema com um de seus familiares, alguém dela se desestrutura, visto que o ocorrido a um de seus membros, influencia a todos e, desta maneira, cada família irá enfrentar um momento de crise de forma singular.

Por isso, conforme destaca Martins (2002, p. 25), deve-se levar em conta que:

- O usuário está inserido em um contexto pessoal, familiar e social complexo;
- A assistência deve efetuar uma leitura das necessidades pessoais e sociais do usuário;
- As necessidades de quem assiste e de quem é assistido interagem na instituição.

É visível que o atendimento prestado pelos profissionais de saúde desumanizou-se. As novas tecnologias contribuíram para isso, pois muitos fatos e ocorrências, atualmente, podem ser registrados através de computadores e até mesmo a obtenção de atestados são realizados à distância, restringindo o contato pessoal e a disponibilidade de profissional em atender bem seus usuários e seus colegas de trabalho.

De acordo com Garcia (2005, p. 96), são tópicos importantes na humanização do atendimento:

- O interesse e a competência do profissional;
- O diálogo entre o profissional e o usuário e/ou seus familiares;
- O favorecimento de facilidades para que a vida do usuário e/ou familiares seja melhor e para que se evitem aborrecimentos e constrangimentos;
- O respeito aos horários de atendimento.

Segundo Garcia (2005, p. 97):

A humanização deve abranger o conjunto de relações nas instituições, recepção/usuário, profissional/equipe, profissional/instituição. É função do gestor regular e estimular a melhoria desse conjunto de relações. Muitos problemas podem ser resolvidos ou atenuados quando o usuário/ servidor sente-se compreendido e respeitado pelo profissional, devendo esse oferecer uma maior receptividade àquele. É fundamental ao profissional incorporar o aprendizado e o aprimoramento dos aspectos interpessoais à tarefa assistencial, desenvolvendo a sensibilidade para conhecer a realidade do usuário/ funcionário e a ouvir suas queixas.

Com as propostas de humanização, cresce uma valorização das inter-relações humanas, como uma trincheira de resistência contra o avassalador convencimento da superioridade moral do mercado, e eleva-se a um valor superlativo a busca da dignidade humana. Por outro lado, seu desenvolvimento fragmentado, segundo diferentes experiências, e o fato de cada um de seus singulares realizadores tentar explicar as dificuldades do mundo com um horizonte de análise reduzido têm colocado as razões e motivações de tal movimento humanizador em caminhos diferentes e até mesmo conflituosos (PUCCINI; CECILIO, 2005, p. 1343).

De acordo com Benevides; Passos (2005) para um processo de mudança que possa responder aos anseios dos usuários e profissionais, a humanização deve contar com o apoio e o incentivo do gestor.

É imprescindível o apoio do gestor para que tal processo dê certo, não adianta apenas a boa vontade dos agentes públicos é necessário o empenho de toda a equipe.

Segundo Benevides; Passos (2005) são necessárias mudanças nos processos de produção de saúde para que a política de humanização seja implantada nos serviços de saúde, culminando com a transformação das próprias práticas.

A humanização constrói-se conjuntamente com a atenção à saúde e a gestão. É a partir dessas transformações que as práticas de saúde pública podem ser efetivamente alteradas.

É fundamental descobrir a própria identidade da instituição. Algumas instituições conseguem fazer uma verdadeira revolução que resulta em maior satisfação da equipe e em melhor atendimento ao usuário, centralizando esforços na construção de uma aliança forte e solidária entre o gestor e os servidores (MALDONADO; CANELLA, 2003, p. 215).

Nota-se de acordo com a literatura e diversos teóricos que para o sucesso de uma instituição, deve-se valorizar os recursos humanos, pois não adianta apenas investimentos em tecnologia se o pessoal não estiver preparado e satisfeito com o seu local de trabalho.

De acordo com Garcia (2005) todos os profissionais são seres humanos, tal como os usuários, mas nem todos podem ser chamados de humanizados e para um bom acolhimento e um atendimento com qualidade é necessária a sensibilização destes por meio de treinamentos.

Verifica-se então que, o fazer saúde, compreendido na humanização implica em transformar o modo de como o usuário tem acesso aos serviços de saúde desde a procura até a consulta e encaminhamentos pertinentes a necessidade do momento, com isso, além de contribuir para formação de um atendimento humanizado e melhoria na qualidade da atenção, é também uma estratégia de reorientação dos profissionais quanto ao atendimento qualificado e nas relações dos usuários na melhora do seu bem-estar.

O acolhimento é primordial nas unidades de saúde, pois partindo de um atendimento humanizado, integral aos usuários é que se pode intervir de maneira eficaz no cuidado com o paciente, o que tem se tornado um grande desafio nas Instituições de saúde. É nesse contexto que as mudanças estão ocorrendo, com a implementação de medidas que visem melhorar a qualidade de vida do usuário, através de um acolhimento adequado para o paciente.



## 4.2 A Humanização e o Cuidado de Enfermagem

A área da saúde vem sofrendo limitações em suas práticas para responder de maneira afetiva e atenciosa à saúde dos indivíduos e das populações. Isso se revela um contraste em relação ao desenvolvimento tecnológico e aperfeiçoamento das técnicas cada vez mais evidentes e ao mesmo tempo uma preocupação com propostas de mudanças.

Os movimentos de reformas sanitárias, as Conferências de Saúde e os grupos militantes ligados a ações pelo desenvolvimento da consciência cidadã, os quais atuaram a partir da década de 80 foram responsáveis pela origem do movimento do processo de humanização. Esse processo foi institucionalizado com a constituição de 1988 e com a estruturação do SUS. Assim a idéia de humanização passou a ser compreendida como a valorização dos diferentes sujeitos envolvidos na produção da saúde (REIS, MARAZINA, GALLO, 2004).

Na área hospitalar, a concentração de tecnologia e valorização da ciência se intensificou, e isso levou ao detrimento do homem e seus valores humanos.

Em maio de 2000, o Ministério de Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), e a pauta da 11ª Conferência Nacional de Saúde teve incluso a humanização em dezembro de 2000. O programa nos dias de hoje foi substituído por uma política de assistência intitulada por HUMANIZA SUS (DESLANDES, 2004).

A proposta da política nacional a respeito da humanização quer modificar o modelo de assistência hospitalar tornando-o centrado na comunicação e no diálogo entre os pacientes e usuários, profissionais e gestores, proporcionando mudanças na cultura de atendimento e levando-se em consideração a necessidade de aperfeiçoar a qualidade dos serviços prestados. A humanização é a forma de se oferecer atendimento de qualidade, inter-relacionando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento (DESLANDES, 2004).

O resgate da humanização no atendimento ao paciente alcoolista implica na atenção a três itens de grande importância que são: o cuidado disponibilizado ao paciente e seus familiares que se encontram em situação de fragilidade e desconsideração, a atenção ao profissional da saúde que atua na equipe confrontada diariamente com sofrimento, e as peculiaridades do ambiente físico nocivo (KNOBEL, 1998).

As iniciativas de humanização procuram intensificar o desenvolvimento de uma nova cultura que fortaleça a política de respeito e valorização humana. Humanizar o ambiente hospitalar é fortalecer o comportamento ético, o cuidado técnico-científico interado com o cuidado que incorpora o acolhimento diferente baseado na singularidade. É adotar uma maneira em que profissionais e usuários considerem o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais e possam alcançar benefícios mútuos para a saúde dos usuários, dos profissionais e da comunidade (PENIDO, GORETTI, BAMBIRRA *et. al.*, 2004).

Além da valorização do gênero humano e do atendimento às necessidades biopsicossocioespiritual, humanização é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e sócio-culturais tanto dos clientes como dos profissionais de saúde em função de uma melhoria das condições de trabalho e da qualidade do atendimento, por meio de ações que promovam competência técnica e tecnológica, valorizando a dimensão subjetiva dos clientes e dos profissionais de saúde (PESSINI; BERTACHINI, 2004) .

Neste processo de transformação é imprescindível compreender saúde como bem-estar físico, mental, social e espiritual e não apenas ausência de doença. Tem-se urgência em abandonar o conceito biologicista e puramente curativo, é preciso reconhecer o cliente como um indivíduo ativo no processo saúde–doença, como sujeito de direito e capaz de exercer sua autonomia. A dignidade da pessoa, bem como sua liberdade e bem-estar são fatores a serem ponderados na relação cliente e profissional de saúde (PESSINI; BERTACHINI, 2004).

Humanizar a relação com o cliente exige que o profissional da saúde valorize a afetividade e a sensibilidade como elementos necessários ao cuidar. Porém, compreendemos que tal relação não supõe um ato de caridade exercido por

profissionais abnegados e já portadores de qualidades humanas essenciais, mas um encontro entre sujeitos, pessoas humanas, que podem construir uma relação saudável, compartilhando saber, poder e experiência vivida (CASATE; CORRÊA, 2003).

Com base nesta pesquisa bibliográfica, alguns estudos demonstraram que muito frequentemente as expectativas dos clientes quanto ao cuidado, relacionado às atividades de enfermagem são direcionadas ao aspecto emocional, classificadas por Watson et al. (1979) como interacional/expressiva que envolve o aspecto psicossocial, tal como oferta de suporte emocional minimizando os valor da atividade instrumental e técnica que focaliza mais o espaço físico e o atendimento das necessidades dos clientes, tais como medicação, higiene entre outros( CASATE; CORRÊA, 2003).

Isto nos remete ao estudo de Silva (1994), no qual os clientes apontaram que no cuidado de enfermagem, com qualidade, a dimensão expressiva se sobressai à instrumental.

Destaca-se assim um instrumento importante na relação cliente/profissional de saúde, ingrediente fundamental no processo de humanização e no ato de cuidar: a comunicação.

Na enfermagem, a comunicação é o melhor caminho para um bom relacionamento, uma vez que cuida-se de pessoas com diferentes culturas, crenças e hábitos, tendo sempre que disponibilizar de uma comunicação clara e objetiva, para que estas possam se inteirar das rotinas do serviço, das suas condições clínicas e de suas limitações.

Para Ferreira (1999, p. 167),

Comunicação é o ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionais, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros sinais, signos ou símbolos, quer de aparelhamento técnico especializado, sonoro e/ou visual.

A comunicação para ser efetiva deve ser bidirecional para que haja entendimento e compreensão, posto que a comunicação faz parte do ser humano. Para tal ato, faz-

se uso de diversos tipos de comunicação entre elas a verbal e a não-verbal, sendo a primeira caracterizada por palavras expressas por meio da linguagem escrita ou falada e a segunda obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos (SILVA 2002) .

A comunicação terapêutica é definida como “a habilidade de um profissional em ajudar as pessoas a enfrentarem seus problemas, a relacionarem-se com os demais, ajustarem o que não pode ser mudado e enfrentarem os bloqueios à auto-realização” (SILVA, 2002, p. 40). I

Isto não é uma tarefa fácil, contudo, é uma habilidade que pode e deve ser desenvolvida, ao considerarmos a comunicação como instrumento fundamental no relacionamento profissional/cliente, fazendo parte não apenas na questão do respeito, mas sim, de uma forma terapêutica.

Desse modo, fica clara a relevância da comunicação no processo de humanização. Entretanto, vale lembrar o que Santana e Silva (2000) dizem, ou seja, não há regras e nem fórmulas para a viabilidade do processo, já que este depende fundamentalmente da conscientização de sua importância. Os autores acima ainda sugerem como alternativas de otimização o investimento na formação de recursos humanos e na compreensão do cliente como um ser único e indivisível.

O instrumento mais valioso do enfermeiro é a empatia resultante de sua comunicação com o paciente. O enfermeiro que quer aumentar a empatia deve estudar também às reações que provoca em outras pessoas. O sistema consiste em estudar-se a si mesmo no laboratório do próprio ser, estudar as reações daqueles com quem se comunica e reunir estes dados numa nova síntese. Este método é parte integral da relação enfermeiro-paciente (DINIZ, *et al*, 1996).

A assistência ao usuário é uma prática complexa e, frequentemente, o profissional pode avaliar seu cliente sob o olhar de mais de um modelo ao mesmo tempo: o moral, quando ele não ouve seus conselhos, o médico, quando executa

procedimentos terapêuticos; o social, quando não identifica a retaguarda necessária para a reintegração social (PILLON *et al*, 2004).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Dependência do Álcool, atualmente é um prolema de saúde pública e como tal, requer um modelo de atenção incluindo a promoção da saúde, o enfoque na prevenção do uso e abuso visando produzir as transformações sociais que propiciem uma melhor qualidade de vida da sociedade como um todo.

É imprescindível que, o enfermeiro conheça a dimensão dos problemas relacionados ao alcoolismo, os instrumentos utilizados para sua avaliação, as possíveis complicações, as terapias existentes e, principalmente, buscando obter padronização da assistência de enfermagem, bem como do plano de cuidados, e que conheçam o diagnóstico de enfermagem e suas devidas intervenções.

Além de tudo isso, se faz necessário, que o enfermeiro se dissocie do estigma de preconceitos e recriminações que o acompanham e passe a adquirir e valorizar seus conhecimentos, colocando-os em prática e disseminando-os para os demais membros da equipe.

Vale ressaltar que estes conhecimentos possibilitam ao enfermeiro atender ao paciente alcoolista, para que ele receba tratamento integral, favorecendo, assim, um melhor prognóstico.

Verifica-se que, o alcoolismo, enquanto compreendido como responsabilidade individual, configura-se como problema de difícil solução, pois, tem uma gênese multifatorial e sua abordagem deve envolver diversos profissionais e diversos ambientes de cuidado.

Os profissionais de enfermagem, convivendo com esta problemática, podem desencadear mudanças significativas na assistência, se observarem o cotidiano dessas pessoas com base nas teorias e conceitos do SUS. Sob esse aspecto, as atribuições fundamentais desses profissionais são o planejamento de ações de saúde, promoção e vigilância; trabalho interdisciplinar em equipe e abordagem integral da família.

Entretanto, para que o enfermeiro possa desempenhar suas atividades de forma plena, é essencial que esteja comprometido de forma integral e que realize aprimoramentos constantes com o propósito de transmitir informações atualizadas e verídicas, porém observa-se a pouca informação educacional, por parte dos enfermeiros ou a falta dela, leva à deficiência nos cuidados prestados, a atitudes negativas, percepções estereotipadas e pessimistas com relação aos indivíduos com a Síndrome de Dependência do Álcool .

A essência do cuidado está presente em toda a vida do ser humano. Sem ele, tudo poderia se reduzir a uma destruição gradativa da dignidade do homem.

Nesse contexto, particularmente na área de saúde, há a preocupação recente em refletir sobre a ética, principalmente no que diz respeito às condutas frente ao processo do cuidado.

É imprescindível que a equipe de enfermagem tenha em mente que, o cuidado é mais que uma boa ação, envolve momentos de atenção, de zelo, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro. Manifesta-se na preservação do potencial saudável dos cidadãos e depende de uma concepção ética que contemple a vida como um bem valioso em si.

## REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFEVRE RA. **Aplicação do Processo de Enfermagem - Uma ferramenta para o pensamento crítico**. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

AMARAL, R. A. do; MALBERGIER, A; ANDRADE A.G. de. Manejo do paciente com transtornos relacionados ao uso de substância psicoativa na emergência psiquiátrica. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.32, supl.2, São Paulo, out.2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600007>. Acesso em 20/01/2014.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária: passo a passo**. Fortaleza: LCR. 2008.

BERTOLETE, J. M. **Conceitos em alcoolismo**. Em S. P. Ramos & J. J. Bertolote (Orgs.). *Alcoolismo Hoje*, Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de Saúde. Brasília; **Série B. Textos Básicos de Saúde**, 2ª Ed. 2008, 44p. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude_2ed.pdf)>. Acesso em: 25, jan. 2014

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde, **Programa ACS's**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN/DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF); 2004

BUCHER, R. **Prevenindo contra as drogas e DST/ AIDS: cartilha do educador-Programa Nacional de DST/ AIDS**, 2ª, Brasília, 1995.

CARDOSO FILHO, Pedro; OLIVEIRA, Gustavo Navarro: **Alcoolismo: Aspectos Clínicos, Terapêuticos, Culturais e Sociais**, 2012. Disponível em: <http://www.aabr.com.br/ver.php?id=243&secao=16>. Acesso em: 20/03/2014.

CARRARO, T. E.; RASSOOL, G. H.; LUIS, M. A. V. **A Formação do Enfermeiro e o Fenômeno das Drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2005, set. – out., 13 (número especial): 863-71.



CASATE, J.C; CORREA, A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**.v.13, n.1, p.105-11, 2005.

COELHO, V. F. **Acolhimento em Saúde Mental na Unidade Básica: Uma Revisão Teórica**, Belo Horizonte, 2010. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2608.pdf>. Acesso em 12/02/2014.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciênc.Saúde Colet.**, v.9, n.1, p.7-13, 2004.

DINIZ, S.A.; RUFFINO, M. C. Influência Das Crenças Do Enfermeiro Na Comunicação Com O Alcoolista. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, V. 4, Na Especial, P. 17-23, Abril 1996.

FACCIO, Gilvane. **ALCOOLISMO: UM CASO DE SAÚDE PÚBLICA UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE A DEPENDÊNCIA DO ÁLCOOL NO BRASIL**. Porto Alegre - RS, 2008. Disponível no site: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15412/000678030.pdf?sequence=1> . Acesso em 03 jul 2013.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira, 1988.

GARCIA, E. **O humanismo na busca da satisfação do paciente**. Goiânia: AB, 2005.

GIL-MERLOS AS. **Aceitação E Rejeição Do Alcoolismo: Um Estudo Com Alunos De Enfermagem** [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto, Universidade De São Paulo;1985.

HILL E, GAUER G, GOMES WB. **Uma análise semiótico-fenomenológica das mensagens auto-reflexivas de filhos adultos de alcoolistas. Psicologia: reflexão e crítica**, 2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid) . Acesso em 03 jul 2013,

LARANJEIRA, Ronaldo; NICASTRI, Sérgio; JERÔNIMO, Claudio ; MARQUES, Ana C. **Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Alcool (SAA) e o seu tratamento**. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462000000200006&script=sci_arttext). Acesso em: 20/03/2014.

MACIÁ, A.D. **Drogas conhecer e educar para prevenir**. São Paulo: Las Drogas, 2000

MAGALHÃES, A. M. P. B., GUANAES, A., CELLI, C. B. P., DAVID, C. M. N., NOGCZ, F. R., OTHERO, J., LUGARINHO, M. E., KNIBEL, M. F., FARIA, M. D. G., MARQUES JUNIOR, M. M., YOUSSEF, N. C. M., FILGUEIRAS, N., SILVEIRA, O. C., SOUZA, R. P., TERZI, R. G. G. **Humanização em cuidados intensivos**. AMIB, Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

MALDONADO, M. T. & CANELLA, P. **Recursos de relacionamento pra profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

MELLO, I. M. **Bases Psicoterápicas da Enfermagem**. São Paulo: Atheneu, 2009.

OLIVEIRA E, PILLON SC. **Alternativas para o tratamento da Síndrome de Dependência Alcoólica realizado por enfermeiros**. O Mundo da Saúde 2001 jul/set; 3 (25): 285-94.

ONOCKO-Campos R. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. **Ciência e Saúde Coletiva**, 9(1):23-25, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS- ONU. **Programa para o controle internacional de drogas. escritório das nações unidas contra drogas e crime** da ONU- UNODC. [On Line]. Brasília (DF); 2005. Disponível em: [Http://www.unodc.org.br](http://www.unodc.org.br). Mundial De Saúde. Acesso em 20, jul, 2012

PENIDO, R. C., GORETTI, D., BAMBIRRA, N., CHAVES, P., GUIMARÃES, W. Programa de humanização do hospital das clínicas. **Anais do 7º Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais**, Belo Horizonte – 12 a 15 de setembro de 2004.

PESSINI, L. & BERTACHINI, L. **Humanização e Cuidados Paliativos**. São Paulo: Loyola, 2004.

PILLON SC, LUIS MAV. Modelos Explicativos Para O Uso De Álcool E Drogas E A Prática Da Enfermagem. **Rev Latino-Am Enfermagem 2004** Julho-Agosto; 12(4):676-82.

RAMOS, S. P.; BERTOLETE, J. M. **Alcoolismo Hoje**. Porto alegre: ARTMED, 1997.

REIS, Alberto Olavo Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. **A humanização na saúde como instância libertadora**. Saúde e Sociedade v.13, n.3, p.36-43, set-dez, 2004.

RIBEIRO, Débora Inácia; CHAMON, Edna Maria Querido de Oliveira . Alcoolismo, enfermagem e os contextos de desenvolvimento humano. **Congresso Internacional Interdisciplinar em Sociais e Humanidades**. Niterói RJ: ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, 03 a 06 de Setembro de 2012, ISSN 2316-266X. Disponível em <http://www.aninter.com.br/ANAIS%20%20CONITER/GT10%20Estudos%20do%20desenvolvimento/ALCOOLISMO,%20ENFERMAGEM%20E%20OS%20CONTEXTOS%20DE%20DESENVOLVIMENTO%20HUMANO%20-%20Trabalho%20completo.pdf>: Acesso em: 20/04/2014.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Rev. bras. educ. med.** vol.33, no.2, Rio de Janeiro Apr./June, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000200013>. Acesso em: 20/03/2014.

SILVA, Flávia Rosa da. **ALCOOLISMO: DOENÇA, TRATAMENTO E TERAPIA FAMILIAR**. Rio de Janeiro, 2011. Monografia. Disponível no site [http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias\\_publicadas/N204825.pdf#page=1&zoom=auto,0,849](http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/N204825.pdf#page=1&zoom=auto,0,849). Acesso em 12 ,jul,2013.

SILVA, M.J.P. da. Humanização em UTI. In: CINTRA, E.A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W.A. (Org.). **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2002.

SZYMANSKI. Família e Serviço Social: **In Revista Serviço Social & Sociedade**, nº 71. São Paulo, Cortez, 2002

VARGAS D de. **Atitudes de estudantes de enfermagem frente questões relacionadas ao álcool, alcoolismo e alcoolista**. Acta Paul Enferm [Internet]. 2011 [citado 2012 jul 04]; 24(5):638-44. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010321002011000500007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002011000500007&lng=en). Acesso em 20 de ago/2013.

