

Sara Raquel Machado Lemos

Consumo de álcool.

Estudo numa amostra de enfermeiros espanhóis.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Sara Raquel Machado Lemos

Consumo de álcool.

Estudo numa amostra de enfermeiros espanhóis.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Sara Raquel Machado Lemos

Consumo de álcool.

Estudo numa amostra de enfermeiros espanhóis.

(Sara Raquel Machado Lemos)

“Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como
parte dos requisitos para obtenção do
grau de Licenciatura em Enfermagem”

SUMÁRIO

A Investigação em Enfermagem assume, nos dias de hoje, um papel fulcral no desenvolvimento e consolidação de novos conhecimentos. Para que seja possível haver mudança de mentalidades, facto necessário para crescimento de qualquer profissão, os profissionais de enfermagem têm desenvolvido capacidades no sentido de encontrar respostas para as necessidades da população no que concerne à sua saúde, investindo na investigação.

A Enfermagem é uma profissão que tem o seu exercício regido por uma deontologia, para que esta possa sempre actuar de acordo com regras: os direitos e deveres. Os profissionais de enfermagem comprometem-se a exercer as suas funções em benefício do indivíduo/comunidade, assim sendo, individualmente tem que cumprir com os mesmos. No artigo 88º da secção II do código deontológico, fala-se da excelência do exercício. O enfermeiro procura essa excelência, e assume o dever, conforme a alínea f), de se abster de exercer funções sob a influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbações das faculdades físicas ou mentais (Ordem dos Enfermeiros, 2009), sendo estas substâncias o álcool e/ou substâncias psicoactivas. Desta forma, devido às perturbações presentes num enfermeiro que consome estas substâncias, tornou-se pertinente a elaboração de um estudo sobre o consumo de álcool pelos enfermeiros.

Assim, apresenta-se este trabalho intitulado “Consumo de álcool. Estudo numa amostra de enfermeiros espanhóis”, desencadeado a partir dos seguintes objectivos:

- Conhecer o padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros no Hospital Virgen de la Poveda e Hospital del Tajo, em Madrid;
- Conhecer o consumo de bebidas alcoólicas à semana e ao fim-de-semana, nas seis refeições diárias do Hospital Virgen de la Poveda e Hospital del Tajo, em Madrid;
- Saber se a instituição, o tipo de serviço, a especialidade do serviço, o género, a idade, o estado civil, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional no serviço actual, a razão pela presença no serviço actual e o vínculo à instituição influenciam: o *score* do AUDIT; o

consumo de bebidas alcoólicas à semana e ao fim-de-semana, nas seis refeições diárias.

A população-alvo deste estudo remete os profissionais de enfermagem do Hospital Virgen de la Poveda e do Hospital del Tajo, em Madrid. O método de colheita de dados utilizado foi o questionário, aplicado a uma amostra de 89 enfermeiros de várias especialidades. O presente estudo insere-se num estudo descritivo/correlacional, quantitativo e transversal.

Após o tratamento informático dos dados e a sua análise estatística, os resultados evidenciam: apenas 1,1% da amostra de enfermeiros espanhóis têm um nível indicador de problemas relacionados com o álcool, sendo que os restantes apresentam uma pontuação que indica um baixo consumo de risco ou abstinência. Relativamente ao consumo típico de bebidas alcoólicas durante a semana e ao fim-de-semana, concluiu-se que ao fim-de-semana existe uma maior ingestão de álcool (avaliada em *u.p.*) e com mais frequência do que à semana. À semana os consumos são maiores ao almoço e ao jantar. Em relação ao fim-de-semana os consumos são maiores ao jantar e à ceia. Outra das conclusões retiradas foram a partir das diferenças estatisticamente significativas, que se encontram relativamente ao *score* do AUDIT, o consumo de bebidas alcoólicas à semana e ao fim de semana. Assim sendo, pode-se verificar que quanto ao *score* do AUDIT existe uma variável que é estatisticamente significativa, o *género*. Quanto ao consumo de bebidas alcoólicas durante a semana constatou-se que existem também diferenças estatisticamente significativas nas variáveis *tipo de serviço*, *género*, *tempo de exercício profissional* e no *vínculo à instituição*. Ao fim de semana, o mesmo acontece com o *tipo de serviço*, *tempo de exercício profissional*, *estado civil* e *idade*.

A elaboração deste estudo contribuiu para aprofundar conhecimentos e alertar a população de enfermagem sobre esta importante problemática que afecta não só a profissão, mas também a sociedade em geral.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho e a Licenciatura de Enfermagem...

Aos meus pais, pois lutaram de mão dada comigo para a concretização deste sonho. Orgulho-me de ser filha de duas pessoas fantásticas, que me amam e que sabem como ultrapassar e ajudar a ultrapassar as dificuldades da vida.

À minha irmã pelo apoio e carinho que me deu ao longo desta caminhada.

Aos meus avós, especialmente à minha avó Alda, que desde sempre foi o meu alicerce.

AGRADECIMENTO

Agradeço a todas as pessoas que, nesta fase da minha vida, contribuíram para realização deste trabalho, fazendo-me acreditar que “a força bem de dentro” e que querer é meio caminho para o sucesso.

Aos meus pais, pelo apoio incondicional, compreensão e preocupação, pelas palavras meigas e sobretudo pela confiança que depositaram em mim desde sempre.

À minha irmã que é o meu alento em cada aurora.

À minha avó Alda e à D. Manuela pela força especial, perseverança, coragem e paciência que transmitiram, principalmente durante este percurso... Por me mostrarem que sou capaz e que tenho força para lutar. A elas, um obrigada com um carinho muito especial.

À minha amiga de infância, Barbara, que ilumina de forma especial a minha vida.

Aos meus amigos que estiveram presentes em todos os momentos, especialmente, Marisa, Ana Daniela, Soraia, Liliana, Diogo...

Aos meus colegas de turma que estiveram presentes nos bons e maus momentos.

Ao meu professor e orientador José Manuel dos Santos, pela orientação, paciência, e disponibilidade apresentada para a concretização deste trabalho.

A todos os Enfermeiros e professores, que ao longo deste percurso, me inculiram valores e conhecimentos essenciais para ser uma boa profissional de Enfermagem.

A todos que não mencionei, e que sabem que são importantes para mim.

A todos agradeço com um sorriso iluminado!

PENSAMENTO

PEGADAS NA AREIA

Uma noite eu tive um sonho...

Sonhei que andava a passear na praia com o Senhor, e, no firmamento, passavam cenas da minha vida. Após cada cena que passava, percebi que ficavam dois pares de pegadas na areia: um era o meu e o outro era do Senhor.

Quando a última cena da minha vida passou diante de nós, olhei para trás, para as pegadas na areia, e notei que muitas vezes, no caminho da minha vida, havia apenas um par de pegadas na areia. Notei também que isso aconteceu nos momentos mais difíceis e angustiosos do meu viver. Isso aborreceu-me deveras e perguntei então ao Senhor:

— Senhor, Tu disseste-me que, uma vez que resolvi seguir-Te, Tu andarias sempre comigo, em todos os caminhos. Contudo, notei que durante as maiores tribulações do meu viver, havia apenas um par de pegadas na areia. Não compreendo porque é que, nas horas em que eu mais necessitava de Ti, Tu me deixaste sozinho.

O Senhor respondeu-me:

— Meu querido filho, jamais te deixaria nas horas da prova e do sofrimento. Quando viste, na areia, apenas um par de pegadas, eram as minhas. Foi exactamente aí que peguei em ti ao colo.

ABREVIATURAS

ANA - *American Nurses Association*

AUDIT - *The Alcohol Use Disorders Identification Test*

CAGE - *Cut-down, Annoyed, guilt and Eye-opener*

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças

DGS – Direcção Geral da Saúde

DSM-IV – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

et al. – e outros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – Página

pp. – Páginas

REPE – Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem

SMAST - *Short Michigan Alcoholism Screening Test*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

u.p. – Unidade-padrão

UFP – Universidade Fernando Pessoa

REPE – Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem

% - Percentagem

ÍNDICE

PÁGINA

0. INTRODUÇÃO.....	16
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1. Álcool e alcoolismo.....	19
1.1. O álcool.....	19
1.2. Metabolismo do álcool.....	21
1.3. Dependência, tolerância e abstinência alcoólica.....	23
1.4. Adição ao álcool.....	25
1.4.1. Consequências da adição ao álcool.....	27
1.5. Dados epidemiológicos.....	29
2. Consumo de álcool em profissionais de saúde (Enfermeiros).....	31
2.1. Cuidar em Enfermagem e o desgaste provocado pela profissão.....	32
2.2. O consumo prejudicial de álcool nos Enfermeiros.....	35
3. Instrumentos de avaliação do padrão de consumo de álcool.....	41
3.1. AUDIT (<i>The Alcohol Use Disorders Identification Test</i>).....	41
II. FASE METODOLÓGICA.....	45
1. Justificação do tema.....	45
2. Questões de investigação.....	46
3. Objectivos do estudo.....	46
4. Tipo de estudo.....	47
4.1. Caracterização do meio.....	48
5. População e amostra.....	48
5.1. Processo de amostragem.....	49
6. Variáveis.....	49
7. Instrumento de colheita de dados.....	50
8. Princípios éticos.....	51
9. Tratamento e apresentação de dados.....	52
III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	54
1. Caracterização da amostra.....	54
2. Situações relacionadas com o consumo – Teste de AUDIT.....	60
3. Consumo de bebidas alcoólicas, em dias da semana e ao fim-de-semana.....	63

4. <i>Score</i> do Teste AUDIT	67
5. Variáveis dependentes <i>versus</i> variáveis independentes	67
5.1. AUDIT <i>versus</i> variáveis independentes	68
5.2. Consumo de bebidas alcoólicas à semana <i>versus</i> variáveis independentes	69
5.3. Consumo de bebidas alcoólicas ao fim-de-semana <i>versus</i> variáveis independentes	71
IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	73
V. CONCLUSÃO	80
VI. BIBLIOGRAFIA	82

ANEXOS:

Anexo I- Instrumento de colheita de dados – Questionário em Espanhol

Anexo II- Instrumento de colheita de dados – Questionário em Português

ÍNDICE DE QUADROS

PÁGINA

Quadro 1. Cálculo de gramas de álcool ingeridos.....	20
Quadro 2. Cálculo do consumo de álcool.....	21
Quadro 3. Estatística descritiva relativamente à idade.....	56
Quadro 4. Estatística descritiva relativamente ao tempo de actividade profissional.....	58
Quadro 5. Estatística descritiva relativamente ao tempo de actividade profissional no serviço actual.....	59
Quadro 6. Distribuição da amostra relativamente ao <i>score</i> do AUDIT.....	67
Quadro 7. <i>Score</i> Total do Teste AUDIT.....	68
Quadro 8. Consumo de bebidas alcoólicas à semana.....	69
Quadro 9. Consumo de bebidas alcoólicas ao fim-de-semana.....	71

ÍNDICE DE GRÁFICOS**PÁGINA**

Gráfico 1. Distribuição da amostra relativamente à instituição hospitalar	54
Gráfico 2. Distribuição da amostra relativamente ao tipo de serviço.....	55
Gráfico 3. Distribuição da amostra relativamente aos departamentos das especialidades.....	55
Gráfico 4. Distribuição da amostra relativamente ao género	56
Gráfico 5. Distribuição da amostra relativamente à classe de idades.....	56
Gráfico 6. Distribuição da amostra relativamente ao estado civil.....	57
Gráfico 7. Distribuição da amostra relativamente à categoria profissional	57
Gráfico 8. Distribuição da amostra relativamente ao tempo de actividade profissional dos enfermeiros	58
Gráfico 9. Distribuição da amostra relativamente ao tempo de actividade profissional no serviço actual	58
Gráfico 10. Distribuição da amostra relativamente à razão pela presença no serviço actual.....	59
Gráfico 11. Distribuição da amostra relativamente ao vínculo à instituição.....	60
Gráfico 12. Questão 1: <i>quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?</i>	60
Gráfico 13. Questão 2: <i>num dia normal, quantos copos de uma bebida alcoólica bebe habitualmente?</i>	60
Gráfico 14. Questão 3: <i>qual a frequência com que bebe 6 ou mais copos de uma bebida alcoólica numa única ocasião?</i>	61
Gráfico 15. Questão 4: <i>durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter começado a beber uma bebida alcoólica e não conseguir parar?</i>	61
Gráfico 16. Questão 5: <i>durante o último ano, quantas vezes não conseguiu fazer algo a que se tinha comprometido devido às bebidas alcoólicas?</i>	62
Gráfico 17. Questão 7: <i>durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu sentir-se culpado ou com remorsos depois de ter bebido?</i>	62
Gráfico 18. Questão 8: <i>durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu não se conseguir lembrar do que sucedeu na noite anterior por ter bebido?</i>	62
Gráfico 19. Questão 9: <i>o facto de ter bebido já foi causa de ferimentos em si próprio ou noutras pessoas?</i>	63
Gráfico 20. Consumos: Semana / meio da manhã.....	63

Gráfico 21. Consumos: Semana / almoço.....	64
Gráfico 22. Consumos: Semana / jantar.....	64
Gráfico 23. Consumos: Semana / ceia.....	64
Gráfico 24. Consumos: Fim-de-semana / meio da manhã.....	65
Gráfico 25. Consumos: Fim-de-semana / almoço.....	65
Gráfico 26. Consumos: Fim-de-semana / lanche.....	66
Gráfico 27. Consumos: Fim-de-semana / jantar.....	66
Gráfico 28. Consumos: Fim-de-semana / ceia.....	66

0. INTRODUÇÃO

A investigação contribui decisivamente para o desenvolvimento de qualquer actividade profissional. Desta forma, é necessário ter uma estrutura de conhecimentos específicos que com o auxílio da investigação, vão permitir abrir o leque de conhecimentos e ser o suporte de qualquer profissão. Assim sendo, a Investigação em Enfermagem torna-se essencial, já que permite a aquisição de saberes, conhecimentos e práticas, contribuindo para a melhoria da qualidade, eficácia e eficiência dos cuidados de enfermagem à população e/ou indivíduo.

Actualmente, o alcoolismo é um dos grandes problemas de saúde pública a nível mundial. A população portuguesa apresenta cerca de 10% de indivíduos dependentes do álcool. O consumo desta substância é usado, pelo Homem, desde tempos primordiais e é hoje utilizado como um processo de socialização e de globalização.

Através da investigação científica, tem-se demonstrado que o álcool é responsável pelo desenvolvimento de algumas complicações associadas ao seu consumo, tanto psíquicos, familiares, laborais, sociais como judiciais.

Nesta perspectiva, o alcoolismo é uma preocupação evidente para os profissionais de enfermagem na medida que têm que prevenir e tratar esta patologia. Contudo, esta situação agrava-se quando se trata do consumo de bebidas alcoólicas por parte destes mesmos profissionais.

Os enfermeiros são profissionais com características muito peculiares e têm cargos sociais muito importantes, são estes que cuidam dos utentes em todos os estádios da sua vida e consequentemente tem a responsabilidade de uma vida nas próprias mãos. Esta profissão acarreta uma elevada carga de relações interpessoais e/ou intrapessoais, influências, pressões, responsabilidades, stress, às quais podem não conseguir desenvolver estratégias para ultrapassar positivamente, levando, muitas vezes, à adopção de comportamentos menos saudáveis, um dos quais o consumo de bebidas alcoólicas.

Por ser uma problemática pouco estudada, actual e com enorme importância para a profissão, optou-se por elaborar um estudo intitulado “Consumo de álcool. Estudo numa amostra de enfermeiros espanhóis”.

Os objectivos preconizados para esta investigação são:

- Conhecer o padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros no Hospital Virgen de la Poveda e Hospital del Tajo, em Madrid;
- Conhecer o consumo de bebidas alcoólicas à semana e ao fim-de-semana, nas seis refeições diárias dos enfermeiros do Hospital Virgen de la Poveda e Hospital del Tajo, em Madrid;
- Saber se a instituição, o tipo de serviço, a especialidade do serviço, o género, a idade, o estado civil, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional no serviço actual, a razão pela presença no serviço actual e o vínculo à instituição influenciam o *score* do AUDIT;
- Saber se a instituição, o tipo de serviço, a especialidade do serviço, o género, a idade, o estado civil, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional no serviço actual, a razão pela presença no serviço actual e o vínculo à instituição influenciam o consumo de bebidas alcoólicas à semana e ao fim-de-semana, nas seis refeições diárias.

Estabeleceu-se ainda os seguintes objectivos académicos:

- Aprofundar conhecimentos na área da investigação em enfermagem;
- Planear as etapas inerentes à execução de um trabalho de investigação;
- Aplicar as etapas inerentes à execução de um trabalho de investigação;
- Entender a investigação como metodologia de trabalho e de produção de conhecimento;
- Adquirir competências para a execução de trabalhos de investigação;
- Servir de instrumento avaliativo e consequentemente obtenção da Licenciatura de Enfermagem.

Com o intuito de concretizar os objectivos propostos, optou-se por realizar um estudo descritivo/correlacional, com paradigma quantitativo e transversal. Para a realização do estudo aplicou-se um questionário como instrumento de colheita de dados, a uma amostra de 89 enfermeiros do Hospital de Virgen de la Poveda e do Hospital del Tajo, em Madrid. A colheita foi possível no período de 1 de Junho a 31 de Julho de 2009. Posteriormente, o tratamento e análise de dados foram concretizados com o auxílio do software SPSS.

Neste estudo foram consideradas as seguintes questões de investigação: “Qual o padrão de consumo de bebidas alcoólicas no grupo de profissionais de enfermagem?”; e, “será que alguns factores sociodemográficos e organizacionais dos profissionais de enfermagem influenciam o consumo de bebidas alcoólicas?”.

O trabalho divide-se em três fases interligadas, já que é fundamental que as discussões e conclusões sejam fundadas a partir de alicerces obtidos pela revisão bibliográfica. No primeiro capítulo, onde está inserido a presente introdução, que aborda sucintamente os aspectos relativos a todo o trabalho, assim como os objectivos do mesmo e ainda é constituído pela fase conceptual, onde se apresenta a fundamentação teórica, na qual é feita uma abordagem de três subcapítulos sobre o álcool e alcoolismo, o consumo de álcool em profissionais de saúde (enfermeiros) e instrumentos de avaliação de consumo de álcool. Seguidamente, apresenta-se a fase metodológica, constituída pelo projecto para a realização da investigação. Neste ponto, insere-se os seguintes conteúdos: a justificação do tema, as questões de investigação, os objectivos do estudo, o tipo de estudo, a população e amostra, o processo de amostragem, o instrumento de colheita de dados, os princípios éticos e como se realizou o tratamento e apresentação de dados. A terceira fase refere-se à fase empírica, que inclui a análise de dados, através da apresentação de gráficos e quadros para posterior interpretação e discussão dos resultados obtidos. Por fim, referem-se os aspectos mais relevantes do trabalho científico, na conclusão.

A realização deste trabalho pretende, para além da importância deste estudo, permitir à autora concluir a Licenciatura de Enfermagem. Surge, no âmbito da disciplina Projecto de Graduação, referente ao 4º ano do Curso de Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa.

1. Álcool e alcoolismo

Vários estudos afirmam que o consumo de álcool é tão antigo como a própria humanidade, há dados que referem que já que se conheciam há milhares de anos os efeitos do álcool, mesmo antes da Era Cristã. É de salientar que o gosto que o Homem apresenta pela bebida alcoólica é já um costume muito antigo, persistente e que tem vindo a aumentar, sendo o vinho a bebida eleita desde os tempos mais remotos, tendo um enorme poder a nível histórico e religioso.

No nosso país beber é um acto social satisfatório, em que se associa muitas vezes a ideia de festejo ou a de alimentação.

1.1 O álcool

A palavra álcool, deriva do árabe *alkul*, significando “o muito fino”, “talco fino” e “cosmético para os olhos”. Os árabes utilizavam este talco fino, proveniente da destilação do antemónio, como maquilhagem para os olhos. Os alquimistas medievais ampliaram o uso deste termo a todos os produtos de destilação e isto levou ao actual significado (Rehfeldt, 1989).

O álcool, também designado por álcool etílico ou etanol, é uma molécula, natural ou sintética, cuja fórmula química é $\text{CH}_3\text{CH}_2\text{OH}$ (Borges, 2004). Do ponto de vista organoléptico, o álcool etílico é um líquido incolor, volátil, de cheiro e gosto ardentes, com densidade a 20° C de 0,789 e tem um peso molecular de 46,07. Evapora-se quando atinge o ponto de ebulição de 78,4° C e a sua congelação faz-se a temperaturas inferiores a -131,0°C. Em contacto com o fogo, produz uma chama azul libertando água e dióxido de carbono (Rehfeldt, 1989). Este é um solvente de largo espectro que se mistura com a água, em qualquer grau de concentração, sendo este grau dado em percentagem de volume ou de peso (Borges, 2004).

Quanto à sua fabricação, pode ser obtido pela introdução de etileno em ácido sulfúrico aquecido ou pela hidrogenação do aldeído acético. Embora, para consumo humano, este é produzido através da fermentação de carboidratos vegetais (frutos, mel, cereais, grãos, tubérculos), processo que sofre a influência de uma levedura, *Saccharomyces cerevisiae*, presente de forma espontânea ou adicionada pelo homem, que tem como função acelerar por acção catalítica a fermentação, para obtenção da bebida alcoólica (Lonzero, 2001). Como resultado obtêm-se uma bebida com graduação alcoólica que pode atingir os 13 ou 14% (como por exemplo, o vinho, a cerveja, a água-pé, a cidra). Para se produzir bebidas de percentagem superior, designadas por bebidas espirituosas (como por exemplo, aguardente, whisky, gin, vodka, brandy), entre os 40 e 75%, é utilizado o processo de destilação (por meio de um *alambique*).

A graduação alcoólica é a percentagem de álcool que uma bebida alcoólica contém. Esta mede o conteúdo de álcool absoluto em 100cc de uma bebida, expresso em graus. Uma vez que o etanol tem aproximadamente 0,8 de densidade é possível calcular as gramas de álcool absoluto que uma bebida alcoólica possa conter, pela associação de factores como: o volume de álcool, a graduação e a densidade (Quadro 1).

Quadro 1. Cálculo de gramas de álcool ingeridos

$\text{Gramas de álcool ingerido} = \frac{\text{volume ingerido em c.c.} \times \text{graduação} \times 0,8}{100}$
--

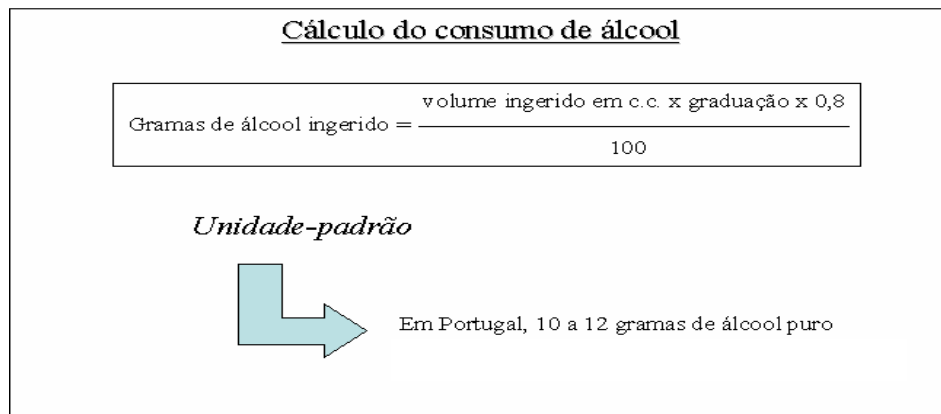
Diferentes bebidas apresentam concentrações alcoólicas distintas. Esta variação da concentração de álcool nas diversas bebidas varia consoante os países em que são fabricadas. Assim, e dependendo dos países, a cerveja pode conter entre 2% a 5% de álcool puro, os vinhos contêm entre 10% e 19% e os licores entre 24% e 90%.

A forma de cálculo dos gramas de álcool é hoje em dia traduzida pelo conceito de *unidade-padrão* (Babor et tal., 2001), sendo esta uma forma simplificada de calcular a quantidade consumida de álcool, tanto diariamente como semanalmente.

Apesar das bebidas alcoólicas apresentarem diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados comportam quantidades idênticas de álcool (Mello, 2001), o que permite

afirmar que uma *unidade-padrão* de bebida alcoólica contém cerca de 10 a 12 gramas de álcool puro. Este facto permite fazer a quantificação de *unidade-padrão* de bebidas consumidas, o que auxilia nos cálculos do total de bebidas consumidas diária ou semanalmente (Quadro 2).

Quadro 2. Cálculo do consumo de álcool



Fonte: www.portaldasaude.pt

O álcool é uma substância altamente aditiva, uma vez que o seu acesso é relativamente fácil, pois é barato, é uma droga legalizada pelo que se encontra em qualquer estabelecimento público para consumo (Borges, 2004).

1.2. Metabolismo do álcool

Segundo Schuckit (1998, p. 88) o álcool é absorvido rapidamente pelas membranas do tubo digestivo, “(...) especialmente, pelo estômago e porção proximal do intestino delgado”.

A concentração máxima no sangue de etanol pode variar de 30 a 90 minutos, havendo factores que podem alterar a velocidade dessa absorção, por exemplo: a concentração da bebida em álcool e a sua composição, o estado da mucosa gástrica e duodenal, a ingestão simultânea de alimentos, nomeadamente açúcares e leite, que podem prolongar a absorção até três horas. Seguido da absorção, este entra na corrente sanguínea (por ser hidrossolúvel) sem sofrer qualquer alteração química, sendo transportado para todos os tecidos do organismo. Compreensivelmente, atinge em especial órgãos ricamente

vascularizados, nomeadamente o fígado, o cérebro, os rins, o coração, os músculos, e distribui-se em menor quantidade nos ossos e tecidos adiposos (Edwards, 2005).

Cerca de 5 a 15% do etanol absorvido é eliminado através dos pulmões, pela transpiração e pela urina. O restante é excretado pelos órgãos internos do organismo, especialmente, pelo fígado. A taxa de metabolização pelo fígado é variável, oscilando num indivíduo são, entre 60 e 150 mg/kg, por hora. Praticamente todo o álcool que se metaboliza no organismo sofre um processo oxidativo, realizado no fígado (85-95% do álcool bebido) (Fernandez, 1982).

A cadeia enzimática ($\text{CH}_3\text{-CH}_2\text{OH} \rightarrow \text{CH}_3\text{-HC=O} \rightarrow \text{CH}_3\text{-COOH}$) é a tradução da transformação do etanol em acetaldeído e depois em acetato. As enzimas responsáveis são a desidrogenase do álcool (ADH) e a aldeído desidrogenase (ALDH), respectivamente. Ambas utilizam como co-factor o par redox NAD/NADH (adenina nicotiamida). O resultado final é a formação de dióxido de carbono e água (Lonzero, 2001).

Quando existe um consumo excessivo ou habitual, como acontece na tolerância ao álcool e na dependência alcoólica, a actividade ADH pode estar comprometida e entra em funcionamento o sistema microssomático do fígado para oxidação do etanol (MEOS – *microsomal ethanol oxidizing system*) ou uma segunda opção, a do sistema catalase. Tem como função transformar o álcool em acetaldeído, a primeira a partir de uma enzima intra-mitochondrial, com o co-factor nicotinamida adenina dinucleótido fosfato hidrogenado (NADHP). Por outro lado, no sistema catalase esta formação é feita na presença de água oxigenada obtida no citosol e pela enzima catalase, sendo que apresenta-se pouco vantajosa ao ser humano (Lonzero, 2001).

A alcoolémia ou concentração de álcool no sangue é máxima uma hora após a ingestão desta. Ao fim, de cinco horas, lentamente vai ficando com valores normais, sempre que não haja continuação do consumo. Se a quantidade ingerida for elevada, o processo de ingestão-metabolização-eliminação é mais demorado, sendo que, a curva de alcoolemia mantêm-se horizontal (taxa máxima) por várias horas e vai descendo muito lentamente (Topor, 2007).

1.3. Dependência, tolerância e abstinência alcoólica

A dependência do álcool tem uma ligação estreita com a tolerância e a abstinência alcoólica. Este acontecimento, observa-se, no sentido em que, o indivíduo dependente apresenta tolerância ao álcool, podendo fazer a sua actividade diária sob efeito deste e após a cessação do efeito é denotável a sua falta, designando-se abstinência (Nunes, 2007).

Segundo Borges (2004), o processo de evolução de consumo social, para consumo abusivo até à dependência, acontece lentamente, demorando entre 3 a 15 anos. O mesmo autor afirma que as mulheres tornam-se dependentes mais rapidamente que os homens. Enquanto que, pessoas com maiores níveis de educação e oriundas de famílias mais estáveis, este processo é mais demorado. Segundo Alvarenga (2008), os homens tem maior risco de sofrerem de dependência alcoólica, 10 a 17%, do que as mulheres, 5 a 8%, nos países ocidentais. A dependência de álcool, definida por DSM-IV, são os comportamentos repetidos e recorrentes do consumo de álcool em pelo menos três das sete categorias de funcionamento, que surjam simultaneamente, num período de doze meses. Estas categorias são:

- 1) Evidência de tolerância (necessidade de quantidades progressivas para obter o efeito desejado);
- 2) Síndrome de abstinência alcoólica ou consumo de álcool para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;
- 3) Desejo intenso ou compulsão (perda de controle) para consumir determinada substância;
- 4) Desejos persistentes ou esforços, sem êxito, para diminuir ou controlar o consumo de álcool;
- 5) Aumento do tempo dispendido em consumir, conseguir ou recuperar-se dos efeitos de álcool;
- 6) Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses, como actividades sociais, ocupacionais ou recreativas, devido à utilização da substância;
- 7) Persistência no consumo de álcool, mesmo em situações em que é contra-indicado, tanto físicos como psicológicos (por exemplo, depressão, *black-outs*, doença hepática, cirrose alcoólica) (Alvarenga, 2008).

Outra definição de dependência alcoólica foi apresentada pela OMS, como um estado psíquico e/ou físico, proveniente do consumo de álcool, caracterizado por perda do controlo de consumo de álcool, contínuo ou periódico com o objectivo de vivenciar efeitos psíquicos e, algumas vezes, como forma de evitar os problemas associados à abstinência, podendo ser presente ou não a tolerância (*cit. in Lonzero, 2001*).

O indivíduo, após consumo de quantidades consideráveis de álcool, inicia um processo de tolerância à substância, o que significa que é capaz de manter a ingestão de álcool, atingindo níveis de alcoolémia máximos, que em indivíduos não-dependentes os incapacitariam (Nunes, 2007). Fernandez (1982) refere ainda que estes níveis de alcoolémia não produzem no sujeito alterações da sua personalidade nem das suas funções sensoriais e cognitivas. Estes indivíduos têm necessidade de aumentar a dose de consumo para atingirem a intoxicação ou o efeito pretendido, sendo que, o efeito das mesmas doses de substância diminui com o consumo continuado (Lonzero, 2001).

Segundo DSM-IV-TR (2002), a síndrome de abstinência caracteriza-se pela incapacidade do consumidor interromper ou reduzir a utilização prolongada e maciça de álcool, que se manifesta por dois ou mais dos seguintes sintomas, como aumento de tremores matinais das mãos, hiperactividade autonómica (por exemplo diaforese ou pulsação superior a 100 batimentos por minuto), insónia, agitação psicomotora, sudorese, alucinações ou ilusões visuais, tácteis ou auditivas transitórias; ansiedade, náuseas ou vômitos, e distúrbios do humor, convulsões do tipo grande-mal (DSM-IV-TR, 2002).

Estes sintomas são aliviados após a administração de depressores do sistema nervoso central ou do consumo de bebidas alcoólicas. Geralmente, os sintomas de abstinência surgem quando as concentrações de álcool no sangue diminuem bruscamente, isto é, após um período de quatro ou doze horas após a cessação ou redução do consumo. Como o álcool tem uma curta semi-vida, os sintomas de abstinência do álcool atingem um pico de intensidade ao segundo dia, melhorando gradualmente até ao quarto ou quinto dias. Após a abstinência aguda, os sintomas (como, ansiedade, insónia, disfunção autonómica) podem perdurar entre três a seis meses.

Embora muitos indivíduos possam vir a sofrer de abstinência de álcool, apenas 10% apresenta manifestações mais graves, como hiperactividade autonómica acentuada, *Delirium* e tremores. Em menos de 3%, ocorrem convulsões do tipo grande-mal (DSM-IV-TR, 2002).

1.4. Adição ao álcool

A adição provocada pelo consumo de álcool, normalmente designado por alcoolismo, desenvolve-se de forma lenta ao longo do percurso de vida da pessoa, esta ocorre em qualquer idade e habitualmente acontece em indivíduos com pouca patologia psicossocial pré-mórbida (Borges, 2004).

Em 1849, o médico sueco Magnus Huss (*cit. in Lonzero, 2001*), define alcoolismo crónico como uma doença desenvolvida pelo consumo exagerado e prolongado de bebidas alcoólicas, levando a intoxicações crónicas, capazes de desenvolver quadros patológicos a nível físico e psíquico e problemas familiares e sociais.

Segundo Secades (*cit. in Nunes, 2007*), o alcoolismo caracteriza-se por um estado de dependência, em que o indivíduo perde o controlo de um consumo saudável, passando a consumir desenfreadamente, sem reflectir nas consequências nefastas a nível fisiológico, psicológico e social.

A definição desenvolvida pela OMS, desde os anos cinquenta, refere que é um consumo crónico e continuado ou um consumo periódico de álcool que é caracterizada por uma deterioração do controlo sobre a bebida, episódios frequentes de intoxicação e obsessão pelo consumo apesar das suas consequências (Glosario de términos de alcohol y drogas, 1994). Em relação ao termo alcoólico, a OMS (*cit. in Mello 2001*), define:

“*Alcoólicos* são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico.”

O consumo de bebidas de baixo teor de álcool, conjuntamente com as refeições, diminui a absorção na corrente sanguínea e reduz a possibilidade de dependência alcoólica. Enquanto

que, o consumo de bebidas de teor de álcool elevado, sem ingestão de alimentos, aumenta a absorção e a possibilidade de dependência. Quanto à sua eficácia enquanto tranquilizante, o álcool, mesmo em doses reduzidas, interfere ao nível do sono e agrava a depressão. Pode ser um tranquilizante, na medida em que, diminui o sentimento de culpa, promove um relaxamento muscular e provoca alterações psicológicas.

Relativamente ao consumo de álcool, nem sempre consumir significa uma situação de adição, já que pode-se distinguir três tipos de consumo, como: uso, abuso ou dependência de álcool. Os critérios para o uso de álcool são: um indivíduo não exceder a quantidade recomendada, alternar bebidas alcoólicas e não alcoólicas, não beber de estômago vazio, não beber quando trabalha ou desenvolve actividades perigosas, beber acompanhado e geralmente, o mesmo tipo de bebida, beber socialmente e não depender da bebida para se divertir ou enfrentar os problemas. No que diz respeito aos critérios referentes ao abuso: o indivíduo apresentar menos de 18 anos, exceder o consumo considerado adequado pela OMS, beber em jejum, durante o trabalho ou actividades perigosas, beber se deprimido ou irritado, e poder beber mesmo quando mais ninguém o está a acompanhar. Por último, dependência caracteriza-se como perda de controlo de consumo, tolerância, dependência ou síndrome de abstinência associado ao álcool (Nunes, 2007).

O abuso de álcool é potenciado se a pessoa se encontra desmoralizada, desconhece o seu uso saudável ou se ingere sob influência dos pares; se a pessoa está geneticamente predisposta ao abuso ou apresenta personalidade com características anti-sociais; se se encontra mal integrado socialmente ou que esteja a vivenciar situações dolorosas. Este consumo, aumenta também quando o indivíduo não consegue beber de forma controlada e saudável, quando esta é a droga recreativa de eleição, ou quando não apresenta nenhum tipo de tabu quanto ao seu uso, ou esta seja disfuncional.

A profissão é um factor de risco para a adição ao álcool, principalmente quando esta está fora dos rituais “normais” da sociedade e em ambientes de trabalho que contribuam para este consumo.

O grupo de pares e a cultura na qual o indivíduo cresce têm influência na adição, já que no primeiro é quase como uma moda a seguir e o segundo deve-se às atitudes culturais, ao

hábito de consumo fora das refeições, em ocasiões sociais, e à intoxicação por álcool ser bem aceite ou não na sociedade. Também a instabilidade social tem enorme peso no consumo, uma vez que as mudanças provocam constrangimentos que levam ao abuso (Borges, 2004).

A predisposição genética e a proveniência de famílias com múltiplos problemas também têm influência neste abuso, assim como as perturbações psiquiátricas. Nas perturbações psiquiátricas existem três que aumentam o risco de adição, como a perturbação anti-social da personalidade, a perturbação do pânico e a perturbação de hiperactividade com défice de atenção. Embora, a depressão seja considerada como um possível risco, de acordo com um estudo realizado por Vaillant (*cit. in* Borges 2004), afirma que a depressão não é a causa, mas sim a consequência do alcoolismo.

1.4.1. Consequências da adição ao álcool

No que respeita às consequências a nível de saúde para o indivíduo que consome álcool, verifica-se algumas complicações manifestadas por determinados sintomas dependendo do sistema do organismo que afecta.

A nível psiquiátrico o consumidor apresenta alguns sintomas que indicam presença de doença alcoólica, como: inquietação, ansiedade, insónia, irritabilidade fácil, humor deprimido, angústia, todos eles sem motivos aparentes. Também apresenta queixas psicossomáticas como: dispepsia, dores generalizadas, palpitações e dispneia, aumentando a gravidade dos sintomas até agressividade, alterações de comportamento e perturbações delirantes como ciúme ou paranóide.

No aparelho gastrointestinal pode aparecer os seguintes sintomas: esofagites, hérnias do hiato, gastrites, úlceras gastroduodenais, esteatose hepática, cirrose hepática e pancreatites. Já os sinais neurológicos são: neuropatias periféricas (carência de vitamina B), neuropatia retrobulbar (carências vitamínicas), doença degenerativa do lobo cerebelar anterior, síndrome de Wernicke-Korsakof, deterioração cognitiva, sintomas extra-piramidais, disquinésias tardias, epilepsia.

A nível hematológico manifestam-se problemas de anemia e trombocitopenia; a nível cardíaco a cardiomiopatia; nos músculos surgem sintomas de miopatia; a nível sexual ocorre diminuição da libido e impotência sexual. Por consequência do consumo de bebidas alcoólicas, ocorrem doenças neoplásicas, como o carcinoma do pulmão, da orofarínge, gastroduodenais, hepáticas e pancreáticas. De forma generalizada pode também levar ao aparecimento de diabetes *mellitus*, desidratação e desnutrição graves, desequilíbrios iónicos e metabólicos e encefalopatia hepática.

De acordo com Borges (2004), e sendo a pior das complicações, surge a morte, que afecta cerca de um terço dos alcoólicos antes de completar 60 anos. A taxa de mortalidade em qualquer idade é superior duas a três vezes em relação à população não-alcoólica. Em relação às mortes antecipadas, estas ocorrem devido a suicídios, acidentes e doenças cardiovasculares.

Por outro lado e não menos importante, este consumo também provoca complicações familiares, laborais, jurídicas e sociais. A primeira é evidentemente preocupante, já que é no seio da família que o consumidor começa a apresentar os primeiros sinais de dependência, como as alterações de comportamento e psíquicas, virando-se sempre os efeitos negativos em primeiro lugar para os que são mais queridos. A violência doméstica, agressões, conflitualidade, violação são algumas das consequências desta patologia que levam muitas das vezes à destruição de famílias.

As complicações laborais são evidentes num indivíduo que apresenta uma alta taxa de absentismo. Este inicialmente apresenta cansaço fácil, desinteresse, falta de forças, e posteriormente começa a ter dificuldade no cumprimento das suas obrigações, piorando o seu desempenho. Surge, desta forma um aumento do risco de sinistralidade no trabalho e mais conflitualidade entre colegas e superiores hierárquicos.

O aumento de problemas legais relacionados com o álcool são uma preocupação social, uma vez que, cada vez mais ocorrem casos de condução sob efeito de álcool, sinistralidade rodoviária, crimes de violência doméstica, violação, agressão e homicídios.

Por fim, as complicações sociais apresentam-se no sentido em que um consumidor, ao evoluir a sua doença, caminha para a pobreza e desinserção social, chegando muitas das vezes à situação de sem abrigo. Sendo uma doença que leva a deterioração mental e cognitiva podem ocorrer casos em que percam capacidade de realizar as actividades normais ou recuperar a sua vida autónoma, levando à necessidade de pessoas que lhes prestem os cuidados para melhor qualidade de vida.

1.5. Dados epidemiológicos

A Europa é a região do mundo onde se consome mais bebidas alcoólicas. Geralmente a bebida mais frequente de consumo é na forma de cerveja (44%), vinho (34%) e licores (23%). Na União Europeia pode-se constatar que os países nórdicos e da Europa Central, ao contrário do Sul da Europa, bebem fundamentalmente vinho (com excepção da Espanha, que também é a cerveja a bebida mais consumida).

Na maioria dos países constituintes da União Europeia, 40% do consumo acontece ao jantar. Contudo, nos países do sul, os consumos são maiores ao almoço. Também existem diferenças na frequência dos consumos, sendo diário nos países do sul e não-diário nos da Europa Central.

O acto de beber até à embriaguez varia entre os diferentes países europeus, assim, em média os adultos bebem em demasia 5 vezes por ano e bebem 5 ou mais bebidas numa mesma ocasião (*binge drinking*) numa média de 17 vezes por ano. O consumo de álcool é promotor de graves problemas tanto sociais como pessoais. A despesa total na Europa é cerca de 17 biliões de euros, dos quais 5 biliões são investimento em prevenção e tratamento do consumo nocivo de álcool e da dependência alcoólica (Andersen, 2006).

Dos problemas associados ao álcool deve-se ter em conta as mortes que ocorrem, bem como a perda de potencial produção. Esta droga causa mais de 10% da mortalidade em mulheres jovens e cerca de 25% da mortalidade em jovens do género masculino.

De acordo com o relatório de 2007 do Eurostat, citado no Portal do Instituto Nacional de Estatística (www.ine.pt), Espanha apresentou, entre os países da União Europeia, a menor

percentagem de indivíduos entre os 25 e os 44 anos que nos últimos 12 meses beberam alguma bebida alcoólica (72,1% de homens e 51,8% de mulheres). No que se refere à faixa etária 45 a 64 anos, o consumo de alguma bebida alcoólica nos últimos doze meses apresentou uma mais baixa percentagem em Espanha para o género masculino (74,1%) e em Portugal para o género feminino (45,7%).

Dados relativos ao consumo de álcool em Espanha revelam que é o quarto país mundial que consome mais álcool *per capita*. Cada espanhol consome, em média, 10,8 litros de álcool por ano; quase 4% da população (1.600.000) consome durante o dia mais de 100 gramas e cerca de 70% da população em geral consome álcool regularmente. Como já referido anteriormente, este país tem vindo a aumentar o seu consumo de cerveja e destilados, e conseqüentemente, diminuído o consumo de vinho. Uma preocupação presente tem sido o início de consumo da população nos adolescentes e o aumento também deste nas mulheres.

Também em Espanha tem aumentado os problemas relacionados com o álcool, sendo estes, quase metade acidentes de viação e violência, como homicídios, suicídios, incêndios e acidentes de trabalho e domésticos. Relativamente aos problemas físicos e de saúde, 20% dos doentes internados nos serviços sofrem de uma patologia agravada devido ao consumo de álcool. Esta substância é a terceira causa de morte em Espanha (Lonzero et al., 2001).

No que diz respeito a Portugal, o desenho do consumo de álcool é representado num quadro também pouco favorável. Segundo Mello (2001) a população portuguesa têm vindo a aumentar o consumo cerca de 10% desde 1970. Actualmente, Portugal ocupa o sétimo lugar de maior consumo de álcool *per capita*. Assim sendo, devido a esta problemática, o alcoolismo, representa um dos grandes problemas de saúde pública, já que existem cerca de 10% da população dependentes do álcool (580.000 doentes) e 750.000 consumidores excessivos. Cada indivíduo consome em média 58,6 litros de cerveja, 43 litro de vinho e aproximadamente 1,4 litros de bebidas destiladas. O consumo desta substância é usado, pelo Homem, desde tempos primordiais e é hoje utilizado como um processo de socialização e de globalização.

2. Consumo de álcool em profissionais de saúde (Enfermeiros)

A Enfermagem é uma profissão que tem o seu exercício regido por uma deontologia, para que esta possa sempre actuar de acordo com regras: os direitos e deveres. Os profissionais de enfermagem comprometem-se a exercer as suas funções em benefício do indivíduo/comunidade, assim sendo, individualmente tem que cumprir com os mesmos.

Ordem dos Enfermeiros (2009) tem no seu Capítulo VI duas Secções: a Secção I centra-se nos Direitos, Deveres em geral e nas Incompatibilidades, e a Secção II enquadra o Código Deontológico do Enfermeiro. Devida a ponderação deste documento relativamente à profissão é de salutar importância referir aspectos aos quais os enfermeiros devem se reger na sua actividade. A alínea c) do nº 3 do art.º 78º diz que é princípio orientador da actividade dos enfermeiros a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com os profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Esta “excelência do exercício” diz respeito à meta de qualidade no cuidado prestado numa perspectiva holística da Pessoa. Não basta saber que os utentes têm direito a ser “tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, com correcção técnica, privacidade e respeito”, mas é necessário que, no concreto, a prestação de cuidados seja boa, enquanto zelosa e competente (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

O artigo 88º fala da excelência do exercício. Diz que o enfermeiro procura essa excelência, e assume o dever, conforme a alínea f), de se abster de exercer funções sob a influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbações das faculdades físicas ou mentais (Ordem dos Enfermeiros, 2009), sendo estas substâncias o álcool e/ou substâncias psicoactivas. Estas substâncias provocam perturbações, que mesmo em doses relativamente pequenas, potenciam efeitos indesejáveis e comprometedoras, condicionando o tempo de reacção, a capacidade de atenção e o controlo motor, cuja duração de acção depende de indivíduo para indivíduo. Desta forma, o indivíduo que está sob este efeito estará menos apto a nível psicomotor e menos seguro para o exercício das suas funções no serviço; no caso dos enfermeiros, estas perturbações condicionam o desempenho técnico e humano, podendo colocar o utente ao seu cuidado numa situação de risco ou vulnerabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

2.1. Cuidar em Enfermagem e o desgaste provocado pela profissão

Enfermagem é uma profissão digna de profissionais qualificados, que têm como foco o ser humano, trabalhando em união para manter o bem-estar, tal como cada pessoa o define, ajudando a seleccionar os comportamentos mais adequados para desenvolver a sua capacidade de viver ou tentar compensar o prejuízo das suas funções limitadas pela doença, acidente, idade avançada, maternidade, entre outros.

Segundo o REPE (2006), Enfermagem é uma profissão na área da saúde, que tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do seu ciclo vital, com a finalidade de manter, melhorar ou recuperar a sua saúde, de forma a alcançar a sua máxima capacidade funcional no menor tempo possível.

Um ideal para Enfermagem é a manutenção da dignidade e respeito pelos doentes, como pessoas, e a sua finalidade é proteger, promover e preservar a dignidade humana. Assim sendo, o seu exercício profissional centra-se na relação interpessoal entre o enfermeiro e uma pessoa ou entre o enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidade).

Hoje em dia os utentes são entendidos numa perspectiva holística, a quem se conhece direitos fundamentais, como sejam, a vida, a morte, a dignidade, a identidade, a liberdade e a autonomia.

O contexto do cuidar é um elemento decisivo para que a Enfermagem se apresente com as suas intervenções interdependentes e autónomas bem fundamentadas, tanto do ponto de vista científico e técnico, como também nas suas vertentes relacionais. Só integrando estas múltiplas exigências se contribui para um verdadeiro profissionalismo e se garante aos cidadãos a qualidade de cuidados a que têm direito (REPE, 2006).

Assim, não se pode esquecer que a pessoa que faz a Enfermagem é o Enfermeiro. Segundo o REPE, artigo 4º, define enfermeiro como:

“O profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a

prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária ”.

O Enfermeiro é por excelência o prestador de cuidados de enfermagem, aquele que cuida, quer de si, quer dos outros e na opinião de Hesbeen (2000), os verdadeiros artífices dos cuidados. Ser prestador de cuidados exige espírito profundo e genuinamente humano, tendo consciente o respeito pelo outro e pelas acções pensadas e criadas para executar a qualquer indivíduo ou comunidade (Hesbeen, 2000).

Cuidar é a essência da enfermagem, e de acordo com Collière (1999) é uma necessidade imperiosa, pois é importante cuidar da vida para que esta possa permanecer. A autora (1999, pp. 235-236) refere que Cuidar é:

“um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais”.

Para Hesbeen (2000, p.10) cuidar é uma *“atenção especial que se vai dar a uma pessoa que vive uma situação particular”*, contribuindo, desta forma, para o seu bem-estar e promoção da sua saúde. Assim, este autor afirma ainda que *“a prática do cuidar é uma arte e não uma ciência”*, ou seja, apesar de o prestador de cuidados ser possuidor de uma aglutinação de conhecimentos científicos, tais como saber-saber, também tem de possuir o saber-estar e o saber-ser, intuições e destreza manual, sempre com o objectivo de ajudar os indivíduos.

No processo do cuidar, Collière (1999), afirma que a pessoa que presta os cuidados acompanha o indivíduo nas dificuldades da vida, no seu sofrimento, em determinadas passagens mais angustiantes, nos momentos de crise e que tem de ser capaz de os viver e acima de tudo ser capaz de ter a coragem para reconhecer que estas situações dolorosas acontecem.

Collière e Hesbeen revelam uma preocupação pelos profissionais de enfermagem, já que estes cuidados podem se tornar desgastantes, pois é *“o profissional prestador de cuidados*

que, dia a dia, lida com a realidade da vida, com interrogações, com inquietações e até com o sofrimento do doente e dos seus familiares” (Hesbeen, 2000, p.11).

“Cuidar situa-se na encruzilhada do que permite viver e do que está a morrer...” (Collière, 2003, p.195). Os prestadores de cuidados têm que ter conhecimentos fundamentais sobre a dinâmica dos fenómenos da vida e aprender a lidar com as passagens e os ritos da mesma.

Uma das conseqüentes falhas dos prestadores de cuidados não se prendem aos maus cuidados que estes prestam ao utente, mas sim às dificuldades que os enfermeiros apresentam para recuperar e reconstruir os seus recursos afectivos, emocionais, físicos, intelectuais e espirituais, que podem ser afectados pelo desenvolvimento profissional. Estes também necessitam de cuidados, de restabelecer as suas forças, de expressarem os seus sentimentos e emoções, para melhor prestarem os cuidados vitais à população.

Preocupada com esta realidade, Collière (2003, p.195) exprime esta inquietude com as seguintes palavras “Cuidar é comunicar vida e é impossível revivificar os doentes e quem presta cuidados perde a sua própria saúde, esgota as suas forças de vida”.

A profissão de enfermagem pode ser gratificante e satisfatória, contudo é uma profissão com um nível de desgaste elevado tanto a nível psicológico, como físico. Segundo Walund (*cit. in* Gaspar, 1997) os hospitais são “empresas produtoras de stress” e os enfermeiros são os sujeitos mais evidentes desta tensão.

Para ultrapassar as questões de desgaste profissional, nem todos os enfermeiros estão preparados para responder eficazmente aos sinais de alarme do seu organismo, e dessa forma, evitarem/diminuírem as conseqüências provocadas pelo desgaste.

Embora, os profissionais de enfermagem sejam licenciados e com grau de conhecimento elevado, muitas vezes, em vez de procurarem “suporte” para relaxarem do exaustivo e exigente trabalho, deixam-se levar pelas “tramas” do consumo de álcool (Correia, 2007).

2.2. O consumo prejudicial de álcool nos Enfermeiros

O consumo de álcool entre os profissionais de enfermagem é um grave problema tanto para as instituições de saúde, como para a qualidade dos cuidados prestados por estes e também a nível pessoal.

Segundo Trinkoff (1998) nos Estados Unidos da América existem aproximadamente quarenta mil enfermeiros que sofrem de alcoolismo. O mesmo significa que cerca de 10% dos profissionais de Enfermagem abusam de álcool, e que 6% tenham sérios problemas com interferência na sua prática diária (Dunn, 2005).

Dados da ANA revelam que entre 6 a 8% dos enfermeiros consumidores de álcool têm a sua performance profissional comprometida (Daprix *cit. in* Talbert). Este comprometimento deve-se há incapacidade destes actuarem adequadamente nas suas funções vitais no seu trabalho diário.

Devido à importância desta problemática tem se desenvolvido estudos que demonstram a prevalência e os factores envolventes no consumo de álcool nos enfermeiros. Existem numerosas razões para o consumo de álcool entre os enfermeiros. Entre eles poder-se-á referir a história familiar do enfermeiro que envolva comprometimento emocional, alcoolismo, uso de drogas e/ou abusos a nível emocional. Tudo isto pode contribuir para uma baixa auto-estima que conseqüentemente leva o enfermeiro a refugiar-se no trabalho, excedendo limites e possível competitividade, fruto de recalcamientos emocionais e familiares (Monahan, *cit. in* Talbert 2009).

Vários estudos revelam que cerca de 80% dos enfermeiros têm familiares que apresentam ou apresentaram problemas com o consumo de álcool. Ao presenciarem o consumo excessivo de álcool pelos familiares durante a infância, assimilam este acto como normal e posteriormente a escolha de profissão de enfermagem deve-se à vontade de querer continuar a assumir um papel de prestador de cuidados, papel este dirigido aos familiares (Dunn, 2005).

O stress no local de trabalho pode ser outra explicação para o abuso de álcool nos enfermeiros. O aumento de carga de trabalho, a falta de pessoal nos serviços, os turnos rotativos, mais do que um local de trabalho, horas extraordinárias obrigatórias e mudanças frequentes de serviço para serviço, contribuem para sentimentos de fadiga, alienação e stress (Monahan, *cit. in* Talbert 2009).

Muitos dos enfermeiros assumem que consomem álcool para promover o sono, devido a horários rotativos, pois estes causam instabilidade nos padrões do sono, ocorrendo muitas vezes privação do mesmo (Lots of essays).

Na formação do enfermeiro este é quase como “auto-programado” para controlar sentimentos e emoções, o que leva a que este não consiga exprimi-los adequada e ponderadamente, levando-o a uma sobrecarga emocional e consequente fadiga.

Por outro lado, quando existem situações problemáticas os enfermeiros deparam-se com falta de apoios para a resolução das mesmas e falta de reconhecimento quando conseguem superar de forma positiva estas situações.

A discrepância entre o número de utentes e o número de enfermeiros podem levar a um excesso de trabalho, tendo estes que executar os mesmos cuidados em tempo útil (Dunn, 2005).

Ao classificar-se o alcoolismo como dependência pode-se deduzir que o enfermeiro ao desenvolver a sua actividade possui conhecimentos relativamente à forma como as drogas actuam no organismo, ou seja, muitos deles admitem que possuem controlo sobre as consequências negativas ao uso destas, uma vez que estão tão familiarizados com os efeitos e consequências das drogas. Equipara-se aqui as drogas ao álcool e a sua inter-relação, pois ambas podem ser utilizadas como meio de resposta a todos os factores de trabalho exaustivo e desgastante que acima se menciona (Raia, 2004).

A insuficiência salarial também se pode apresentar como factor de insatisfação para estes profissionais, levando a um agravamento do consumo de álcool. Este descontentamento deve-se ao facto destes técnicos de saúde despenderem muitas horas de trabalho em

horários rotineiros, fora de parâmetros normais da sociedade o que conseqüentemente leva a uma vida social reduzida, e à falta de oportunidades de lazer. Por sua vez esta pouca disponibilidade dificulta as relações inter-pessoais aumentando a vulnerabilidade dos enfermeiros.

A fim de cuidar de si é preciso autoconhecimentos e a auto-valorização do enfermeiro como ser humano que age, reage e interage com o meio, procurando estratégias que reponham energias físicas e mentais (Zeferino et al., 2006).

Conviver com a morte e a ansiedade a ela relacionada, faz parte do quotidiano dos profissionais de enfermagem. Contudo, embora faça parte do ciclo natural da vida, a morte ainda nos dias de hoje é uma vivência bastante controversa, por vezes evitado e por muitos não compreendido, gerando medo e ansiedade (Dunn, 2005).

Para a enfermagem, vivenciar na prática e cuidar de doentes em situações muito graves e de morte eminente são um grande desafio (Santos, 1996). Tal facto se explica pelo compromisso que assume com a sociedade por ter em seus ideais a preservação da vida. É provável que esta seja a questão mais difícil e delicada para os enfermeiros, pois toda a actuação dos técnicos de saúde é em direcção ao bem-estar, saúde e à vida. E, subitamente, deparam-se com o seu reverso, a perda, a morte e o fim (Figueiredo, 1995).

Pouco se fala sobre a morte porque ela é uma evidência do nosso limite, da nossa fragilidade enquanto humanos. A proximidade que liga o enfermeiro ao doente leva com que este primeiro sofra com tal situação, contudo este sofrimento é “mascarado” pelas rotinas diárias. A tentativa de afastar sentimentos e receios, de forma a isolá-los, minimizando as suas tensões é feita com o objectivo de não prejudicar o doente que está a ser cuidado. Este pode ser considerado como mecanismo de autoprotecção para evitar a dor psicológica e problemas emocionais demasiado complexos, assim como pode utilizar o consumo de álcool com o mesmo intuito (Dunn, 2005).

Trinkoff (1998) afirma que, segundo vários estudos, não existe maior risco de consumo de álcool nos enfermeiros que na população em geral, embora Dunn (2005) acredite que este

consumo seja paralelo. Contudo, podem existir subgrupos dentro de enfermagem que são mais susceptíveis ou vulneráveis ao abuso de álcool.

Vários estudos demonstram maior incidência de abuso de álcool pelos enfermeiros de serviços com doentes críticos dos que não se encontram nesta situação. Uma teoria para esta problemática deve-se ao facto de as pessoas que trabalham nestes serviços (os críticos) possuírem traços na personalidade característicos, dirigidos a situações extremas de stress e impulsividade, que se encontram no cerne de busca de sensações e emoções muitas vezes ligados às situações inesperadas entre a vida e a morte (Dunn, 2005).

O consumo de álcool nos profissionais destes serviços deve-se, também, pela natureza do trabalho, pois lidam frequentemente com a morte, a um ritmo imprevisível ou intervenções imediatas e pesados turnos e horários.

Com vista a desenvolver o tema Trinkoff (1998) produziu uma investigação sobre o tema de consumo de cocaína, fármacos psicotrópicos, tabaco e álcool nos enfermeiros, tendo como inquiridos 4438 enfermeiros. Esta amostra foi predominantemente do sexo feminino (56%), com uma média de idades de 44,3 anos, em que a maioria era casada (74%). As especialidades mais frequentes foram: Médico-cirúrgica (17%), seguido de Saúde Comunitária (12%) e Unidade de Cuidados Intensivos (11%). Dos enfermeiros inquiridos 16% relataram consumo de álcool. A especialidade com maior prevalência de consumo foi o serviço de Oncologia com uma taxa de 42%, seguido de psiquiatria com 40% e Serviço de Urgências e Unidade de Cuidados Intensivos, ambos com 38%.

Em Portugal, Correia (2007) desenvolveu o estudo “Os factores predisponentes do consumo de substâncias psicotrópicas em Enfermeiros” e dos 264 elementos inquiridos, a maioria da amostra foi do sexo feminino (73,9%), maioritariamente casados (56,1%) e com idades compreendidas entre 21 e 60 anos, média 30 anos; relativamente, ao tempo de serviço, 62,1% trabalhavam há mais de 10 anos, e 90,9% são enfermeiros prestadores de cuidados; quanto ao consumo de álcool concluiu que 208 enfermeiros consomem álcool, mas apenas 22 (8,3%) tem um consumo potencialmente dependente; por fim, referiu que os motivos apresentados pelos enfermeiros para o consumo foi “conviver com amigos”,

“ter problemas com familiares” e “sentir-se relaxado” e que estes consumiam em casa de amigos, na própria habitação e ocasionalmente no local de trabalho.

Segundo Dunn (2005) consumo de álcool excessivo no serviço de Oncologia actua como mecanismo de ajuda para auxiliar os enfermeiros no distanciamento da dor emocional que a experiência ao trabalhar com pessoas com cancro pode acarretar.

Tal como acima se refere, o serviço de psiquiatria também se apresenta como uma das especialidades que possui elevados níveis de consumo de álcool, uma vez que a auto-medicação para estes é mais aceitável. Estes profissionais encaram a medicação psicotrópica como forma de resolução dos problemas vivenciais. Para além disso, os enfermeiros desta área encontram-se mais predispostos a assumir o consumo do que os das outras especialidades pois entendem isto como uma forma aceitável de tratamento.

As especialidades que se apresentam com menores taxas de consumo de álcool são a Saúde da Mulher e da Criança. Isto deve-se à falta de disponibilidade de fármacos e ao facto de serem um grupo que consegue ser emocionalmente expressivo. Esta situação releva para o facto de que as pessoas que são capazes de expressar os seus sentimentos podem ter menores necessidades de consumo de drogas.

Apesar de todos os factores negativos acima mencionados, estudos revelam que embora os enfermeiros tenham dificuldades em admitir os próprios problemas, em geral, os que abusam de substâncias são queridos e respeitados no local de trabalho. São brilhantes e altamente qualificados, ambiciosos e muito metódicos, além de exigentes com o seu trabalho apresentando-se com máxima responsabilidade e empenho (Dunn, 2005).

É de notar a facilidade e o sucesso conseguido pelos enfermeiros que consomem bebidas alcoólicas em disfarçar ou esconder este problema. No entanto, por vezes, técnicos especializados em abusos de substâncias conseguem ser mais ardilosos e astutos a patentear estes problemas (Raia, 2004).

Os enfermeiros podem apresentar sinais e sintomas que podem ser gerais e específicos. Por sua vez, estes podem-se dividir em três grupos, os físicos, os comportamentais e os

ocupacionais. Relativamente ao nível físico encontram-se os seguintes sintomas: tremores, lacrimejo, discurso incoerente, diaforese, hálito a álcool, pupilas dilatadas, marcha instável, corrimento nasal, perda ou ganho de peso e mudança e cuidados pessoais. Seguidamente, apresentam-se os sinais comportamentais: alteração de humor, risos inapropriados, hiperactividade/sedação, depressão, incapacidade de concentração e/ou lapso de memória, diminuição da visão ou visão turva, acidentes/emergências, problemas de relacionamento, dores físicas e insónias. Por último, ocupacionalmente o absentismo e atrasos laborais, a dificuldade de completar tarefas em tempo útil e o descuido de documentação e/ou desempenho inaceitável também revelam fortes sinais. Além destes, também relevam constantes idas ao WC, ausências do serviço sem autorização, nem explicação, erro de medicação e falhas nos cuidados, isolamento nas relações inter-pessoais/laborais e por fim alterações de humor após horário de refeições pessoais (Dwyer, 2002).

O consumo continuado e excessivo pode afectar nefastamente o atendimento ao paciente e a segurança deste, a reputação da instituição a que o técnico de saúde pertence, bem como, a própria profissão de enfermagem e a nível pessoal (Grauvogl, 2005).

No desenvolvimento da actividade laboral o enfermeiro pode demonstrar hábitos de trabalho negativos ou inadequados. Este cenário quando atinge este patamar é facilmente detectado pelos colegas, deparando-se estes com um grande dilema que poderá trazer consequências graves ao consumidor (Zeferino *et al.*, 2006).

Este dilema apresenta-se sobre duas vertentes: ética e profissional. No que concerne à vertente ética, a partir do momento em que o enfermeiro transgride os valores eticamente morais passa a pertencer a campo da violação. Por sua vez e consequentemente esta violação traduz-se em comportamentos desviantes àqueles que são profissionalmente realizados. De acordo com este problema os colegas que descobrem estas situações deparam-se com o problema e incógnita se denunciam ou não este comportamento ilícito (Grauvogl, 2005). Sendo os enfermeiros profissionais de saúde actuam com maior severidade e punição entre colegas que consomem álcool do que com a população em geral, isto acontece porque estes são considerados profissionais de confiança, pois estes têm nas suas mãos a vida dos seus doentes (Dunn, 2005).

3. Instrumentos de avaliação do padrão de consumo de álcool

Os instrumentos breves de avaliação de consumo de álcool destinam-se a identificar os indivíduos que apresentam problemas relacionados com o uso ou abuso de álcool e os padrões de consumo. Destacam-se pela rápida e simples aplicabilidade, sendo exemplos, o CAGE (*Cut-down, Annoyed, guilt and Eye-opener*), o AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*) e o SMAST (Short Michigan Alcoholism Screening Test).

Estes instrumentos são indicativos de que um indivíduo possa ou não estar em risco de desenvolver uma determinada patologia, contudo não pode ser utilizado para diagnóstico ou avaliação de pessoas em fase de tratamento. A escolha do instrumento de avaliação de consumo de álcool é planeada consoante a adequação com os objectivos de cada teste, a população a aplicar, as necessidades de formação por parte dos profissionais que os aplicam, entre outros. Embora sejam vantajosos no sentido de alertar para situações problemáticas com o uso de álcool, deve-se ter em conta a margem de erro de cada instrumento e ter em conta a especificidade e sensibilidade destes, pois a maioria apresenta alguma variação nestas características, de acordo com o *setting* e a população questionada.

3.1. AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test*)

Em 1982, a OMS pediu colaboração a um grupo de investigadores internacional para desenvolver um instrumento de rastreio simples de consumo de álcool.

Assim, em 1989, surgiu a primeira edição do AUDIT com o objectivo principal de averiguar atempadamente pessoas com problemas de álcool e particularmente para ajudar os profissionais de saúde a possíveis com este problema e desta forma, possam contribuir com a diminuição ou o fim desse consumo.

Este teste pode ser utilizado por profissionais de saúde ou por investigadores que pretendam desenvolver a temática álcool.

Neste teste, centra-se com importância, de que quando há reconhecimento precoce de um consumidor, com consumo prejudicial ou de risco, poder-se-á assim, depois deste, actuar no sentido de reduzir ou acabar estes consumos e assim evitar as consequências prejudiciais do mesmo.

A razão pela qual se efectua o rastreio do consumo de álcool nos indivíduos concentra-se no facto de que o consumo excessivo de álcool pode provocar riscos e danos nefastos para o indivíduo. O consumo diário elevado, os episódios repetidos de beber até à intoxicação, são episódios que provocam danos, problemas físicos ou mentais e resultam na maioria de adição ou dependência. Estes consumos geram grandes sofrimentos ao consumidor, família e amigos, sendo das principais causas de término de relações conjugais, acidentes, internamentos, incapacidade prolongada e morte prematura. Os problemas relacionados com o consumo de álcool representam actualmente, um elevado dispêndio económico em todo o mundo.

O AUDIT permite identificar se a pessoa apresenta os seguintes consumos:

- **Consumo de risco**, é um padrão de consumo que aumenta o risco de consequências adversas para o consumidor ou restantes. Os padrões de consumo de risco têm relevância para a saúde pública embora o indivíduo ainda não tenha experimentado nenhum transtorno.
- **Consumo prejudicial**, é aquele que tem consequências para a saúde física e mental, podendo também incluir consequências sociais entre os danos provocados pelo consumo de álcool.
- **Dependência de álcool**, refere-se ao conjunto de fenómenos de conduta, cognitiva e fisiológica que podem aparecer após o consumo repetido de álcool. Os fenómenos podem ser: desejo intenso de consumir álcool, dificuldade para controlar o consumo, persistência do consumo apesar das consequências, dar prioridade ao consumo em vez de outras actividades e/ou responsabilidades, aumento da tolerância ao álcool e abstinência física quando o consumo é interrompido.

A maioria dos consumidores excessivos são diagnosticados, ao fim de algum tempo, quando estes apresentam sintomas ou problemas decorrentes do consumo. Estes sintomas

podem incluir diversas doenças, transtornos e lesões, até mesmo, problemas sociais e legais. Quanto às doenças associadas pode-se encontrar cancro da boca, esófago e laringe, cirrose hepática e a pancreatites, malformação fetal, hipertensão, gastrite, diabetes *mellitus*, enfarte cerebral (que podem agravar devido aos consumos breves ou ocasionais), transtornos mentais, como a depressão, lesões por acidentes de viação, quedas decorrentes de problemas laborais (consequência do excessivo consumo). Estes riscos dependem da quantidade consumida e do padrão de consumo, embora nem todos os problemas acontecem somente às pessoas dependentes, podendo acontecer também aos que não são dependentes. A identificação dos consumidores, segundo os tipos e graus, tornam-se importantes no sentido em que se pode reduzir todos os problemas. Na verdade, os problemas de saúde surgem quando existe uma dependência grave, como por exemplo, o consumo de 20-40 gramas por dia, no entanto, os problemas mais frequentes estão associados a acidentes, lesões e múltiplos problemas sociais quando se encontram com esta alcoolémia.

Segundo AUDIT, os factores associados ao desenvolvimento de problemas com álcool são o desconhecimento dos limites de consumo e os riscos associados ao consumo excessivo, as influências sociais e ambientais, costumes e actividades que contribuam para o consumo. A natureza do risco difere da idade, do género, do contexto do consumo e padrão do mesmo, assim como, dos factores socioculturais, tendo interferência na definição e na expressão que os problemas relacionados com o álcool apresentam em cada.

O AUDIT apresenta vantagens, já que é validado em 6 países, sendo o único desenvolvido para aplicação a nível internacional. Este identifica o consumo de risco, o prejudicial e a dependência; é breve, rápido e flexível; é consistente com as definições do CID-10, relativamente, aos conceitos de dependência e consumo prejudicial de álcool e centra-se no consumo recente de álcool.

Quanto à sua aplicabilidade este pode ser em questionário ou por entrevista, sendo necessária uma breve explicação do tipo de pergunta e resposta, podendo ser aplicado em separado ou em combinação com outros testes de saúde em geral.

É composto por dez perguntas que tencionam verificar a ingestão diária de álcool, a frequência de consumos de seis ou mais bebidas por episódio de consumo e identificar se presente, os consumidores de risco dos de consumo prejudicial. Cada pergunta tem uma série de cinco respostas a escolher e cada resposta tem uma escala de 0 a 4, respectivamente. Por fim, somam-se todas as questões e obtêm-se o *score* total do AUDIT.

A interpretação detalhada da pontuação tem o seguinte significado: pontuação igual ou maior a 1 na pergunta 2 ou na pergunta 3 indica um consumo de risco; uma pontuação acima de 0 nas perguntas 4 a 6 (especialmente com sintomas diários ou semanais) implica presença ou o início de dependência alcoólica; os pontos obtidos nas perguntas 7 a 10 indicam que o indivíduo já vivenciou problemas relacionados com o álcool.

Ainda não existem investigações suficientes para estabelecer o limite do *score* que corresponde a consumidores de risco, do consumo prejudicial ou da dependência, contudo, os estudos sobre esta problemática recomendam a seguintes interpretações e actuações segundo os *scores*:

- Pontuações do AUDIT entre 0 e 7 - representam consumo de baixo risco ou abstinência; deve-se incidir sobre a educação para a saúde.
- Pontuações do AUDIT entre 8 e 15 – representam um nível médio de problemas com álcool; deve-se aconselhar a importância da redução do consumo de álcool.
- Pontuações do AUDIT superiores a 16 - representam um nível elevado de problemas com álcool; quando perante valores de 16 a 19 deve-se sugerir uma terapia breve e monitorização continuada; se valor igual ou superior a 20 são necessárias, além das intervenções da anterior, avaliações diagnósticas mais pormenorizadas da dependência alcoólica.

Estas conclusões sobre os resultados devem ser analisadas juntamente com a história clínica, a condição clínica do indivíduo, antecedentes familiares de problemas com álcool e a honestidade às respostas dadas.

II- FASE METODOLÓGICA

A investigação científica é constituída por um conjunto de procedimentos organizados e rigorosos, no sentido de fornecer novos conhecimentos (Fortin, 1999). O investigador, para obter respostas válidas e fiáveis para as questões de investigação, elabora um desenho de investigação. Este projecto permite diminuir os riscos da ocorrência de problemas que possam prejudicar os resultados e ao mesmo tempo, aumenta a segurança na validade dos mesmos (Fortin, 1999).

Assim, na fase metodológica, segundo Fortin (1999, p.40) “(...) o investigador determina os métodos que utilizará para obter as respostas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”, ou seja, descrevem-se todos os métodos e técnicas utilizados no sentido de suportar “as preocupações e as orientações de uma investigação”.

Neste capítulo serão apresentados o tipo de estudo, a população e a amostra, o método de colheita de dados e onde foi exequível, as variáveis em estudo, o método de tratamento de dados e os princípios éticos implicados na execução deste estudo.

1. Justificação do tema

A profissão de enfermagem pode ser gratificante e satisfatória, contudo é uma profissão com um nível de desgaste tanto a nível psicológico, como físico muito elevado. Segundo Walund (*cit. in* Gaspar, 1997) os hospitais são “empresas produtoras de stress” e os enfermeiros são os sujeitos mais evidentes desta tensão. Para ultrapassar as questões do desgaste profissional, nem todos os enfermeiros estão preparados para responder eficazmente aos sinais de alarme do seu organismo, e assim, evitem as disfunções provocadas pelo desgaste (Gaspar, 1997). Embora, os enfermeiros sejam profissionais licenciados e com um grau de conhecimento elevado, muitas vezes deixam-se levar pelas “tramas” do consumo excessivo de álcool para com o seu efeito tentarem ultrapassar os problemas do quotidiano, erradamente.

Como não foi totalmente documentado o consumo de álcool na população de enfermagem, torna-se assim um estudo de relevante interesse, no sentido de se poder verificar que

padrões de consumo de bebidas alcoólicas tem os enfermeiros e os factores que contribuem para este consumo.

A realização deste estudo foi concretizada com enfermeiros espanhóis, uma vez que, a autora deste trabalho, durante o ano lectivo de 2008/2009, no período de Abril a Agosto, teve a oportunidade de fazer ERASMUS em Madrid. Como a autora pretendia iniciar a elaboração deste trabalho prontamente, aproveitou o facto da permanência neste país e a oportunidade da simpática disponibilidade dos enfermeiros, do Hospital Virgen de la Poveda e Hospital del Tajo, para a concretização do mesmo.

É nesta base que se torna evidente a justificação do tema, pois é a melhor forma de explicar ao leitor, o motivo e a importância da temática, para a concretização deste documento (Fortin, 1999).

2. Questão de Investigação

Fortin (1999, p.101) refere que as questões de investigação "são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada".

A elaboração de questões de investigação orientam o desenvolvimento da pesquisa, desta forma definiram-se as seguintes:

- Qual o padrão de consumo de bebidas alcoólicas no grupo de profissionais de enfermagem?
- Será que alguns factores sociodemográficos e organizacionais influenciam o consumo de bebidas alcoólicas dos profissionais de enfermagem?

3. Objectivos do estudo

Os objectivos do estudo num projecto de investigação pretendem ser um fio guia, para o investigador, no sentido de fornecer respostas para as questões de investigação.

Os objectivos preconizados para esta investigação são:

- Conhecer o padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelos enfermeiros no Hospital Virgen de la Poveda e Hospital del Tajo, em Madrid;
- Conhecer o consumo de bebidas alcoólicas à semana e ao fim-de-semana, nas seis refeições diárias, dos enfermeiros do Hospital Virgen de la Poveda e Hospital del Tajo, em Madrid;
- Saber se a instituição, o tipo de serviço, a especialidade do serviço, o género, a idade, o estado civil, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional no serviço actual, a razão pela presença no serviço actual e o vínculo à instituição influenciam o *score* do AUDIT;
- Saber se a instituição, o tipo de serviço, a especialidade do serviço, o género, a idade, o estado civil, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional no serviço actual, a razão pela presença no serviço actual e o vínculo à instituição influenciam o consumo de bebidas alcoólicas à semana e ao fim-de-semana, nas seis refeições diárias.

4. Tipo de estudo

De acordo com Fortin (1999, p.133),

“O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação que visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”.

Tendo em vista a natureza da investigação, este estudo tratou-se de um estudo descritivo/correlacional, de paradigma quantitativo e transversal.

Num estudo descritivo/correlacional pretende-se procurar a existência de relação entre variáveis, para posteriormente descrevê-las. Assim, o investigador descobre os factores ligados a um fenómeno (Fortin, 1999).

O estudo quantitativo, para Fortin (1999, p.371), “é baseado na observação de factos objectivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador”.

Quanto à dimensão temporal, apresenta-se como um estudo transversal, uma vez que teve lugar num único momento e com um grupo representativo da população.

4.1. Caracterização do meio

Fortin (1999) considera que o estudo executado fora de um local altamente controlado, se denomina meio natural, ou seja, a investigação é realizada fora de laboratórios.

Segundo esta definição, a investigação decorreu em meio natural, no Hospital Virgen de la Poveda e Hospital del Tajo, em Madrid, Espanha.

5. População e amostra

Para a realização da investigação é fundamental delinear quais os elementos da população em que se obteram as respostas as questões de investigação. Citando Fortin (1999, p.202) “Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”.

A população deste estudo envolveu enfermeiros, dos serviços de demências, de saúde mental, de cirurgia geral, de oftalmologia/otorrinolaringologia/ortopedia, de medicina interna, de cuidados de longa duração, de cuidados paliativos, de convalescença, de reabilitação, de ginecologia/obstetrícia/neonatologia, de urgências e de unidade de cuidados intensivos, do Hospital Virgen de la Poveda e Hospital del Tajo, em Madrid, Espanha.

A amostra representa um grupo de elementos que constituem a população em estudo, assim sendo, estes elementos devem conter as mesmas características da população seleccionada (Fortin, 1999).

No presente estudo, foram distribuídos 100 questionários aos enfermeiros que se apresentaram nos serviços, nos dias de distribuição destes e recolheram-se 89 questionários. Assim sendo, a amostra foi constituída por 89 enfermeiros, generalistas e supervisores, sendo excluídos os enfermeiros directores, de todos os serviços, dos Hospitais Virgen de la Poveda e Hospital del Tajo.

5.1. Processo de amostragem

O processo de amostragem compreende-se num procedimento em que determinados elementos de uma população são definidos para se obter informações de uma população inteira sobre determinado fenómeno.

Devido ao curto espaço de tempo para realização desta investigação (de 1 de Junho a 31 de Julho de 2009), foi definido como método de amostragem para este trabalho, a amostragem não probabilística accidental. Assim, este tipo de amostragem permitiu obter as informações dos sujeitos presentes no local da realização desta investigação, num único momento, até se obter a amostra desejada (Fortin, 1999).

6. Variáveis

Fortin (1999, p. 36) refere que variáveis “ são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação”. Consoante a utilização, pode-se considerar que existem na literatura, variáveis independentes, dependentes, de atributo e estranhas.

Desta forma, verifica-se que a variável independente é manipulada pelo investigador no sentido de estudar o seu efeito na variável dependente.

No entanto, segundo Fortin (1999, p. 376) a variável dependente é “influenciada pela variável independente”.

Por outro lado, as variáveis de atributo são “características dos sujeitos de um estudo, que serve para descrever uma amostra” (Fortin, 1999, p.376).

Neste estudo, fazem parte as seguintes variáveis:

- Variável independente – grupo etário; género; estado civil; tempo de exercício profissional; tempo de exercício profissional no serviço actual; departamento de serviço em que trabalha; vínculo à instituição; razão da presença no serviço actual categoria profissional;
- Variável dependente – padrão de consumo de bebidas alcoólicas por enfermeiros;
- Variável atributo – as variáveis independentes.

7. Instrumento de colheita de dados

Para melhor responder aos objectivos da investigação, foi necessário escolher o instrumento de colheita de dados mais vantajoso para obtenção das informações para a realização da pesquisa. Desta forma, o investigador elegeu o questionário (ver anexo I), que segundo Fortin (1999, p.249) define como “um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis” e refere que é um método de colheita de dados formulado com “questões concebidas com o objectivo de colher informação factual sobre os indivíduos ou ainda sobre as atitudes (...)”.

Sem dúvida, o questionário permitiu ultrapassar dificuldades de aspectos importantes, tais como o tempo disponível para a realização da colheita de dados, e teve um carácter impessoal, uma vez que apresenta-se uniforme e assim facilitador de comparações entre os sujeitos. É também, um método de colheita de dados vantajoso porque pode ser utilizado simultaneamente por um grande número de elementos.

A estrutura do mesmo compreende três partes:

- Na primeira parte, foram realizadas questões de cariz sociodemográfico, a saber, a instituição que trabalham, o tipo de serviço, a especialidade, o género, a idade, o

estado civil, a categoria profissional, o tempo de exercício profissional, o tempo de exercício profissional no serviço actual, a razão da presença no serviço actual e o vínculo à instituição.

- Na segunda parte e na terceira parte pretendeu-se avaliar a variável dependente, sendo que na segunda parte ela foi operacionalizada através da aplicação do teste AUDIT (constituído por dez itens, medidos por uma escala tipo Likert e com a soma das respostas obtiveram-se o *score*); e, na terceira parte foi operacionalizada por doze questões, que identificam o consumo de bebidas alcoólicas à semana e ao fim-de-semana nas seis refeições diárias. As questões formuladas são de carácter de resposta fechada e abertas.

O questionário foi aplicado no período de 1 de Junho a 31 de Julho de 2009.

8. Princípios éticos

Na realização de uma investigação junto de seres humanos, o investigador, tem que ter em conta que estes estão protegidos por questões éticas e morais (Fortin, 1999). Desta forma, devem ser respeitados os direitos do Homem, tais como o direito à liberdade, à confidencialidade e à dignidade. Os princípios éticos salvaguardados nesta investigação foram os seguintes:

- **Direito à auto-determinação** – “baseia-se no princípio ético do respeito pelas pessoas, segundo o qual qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino” Fortin (1999, p. 116). Considerando este direito fundamental, os enfermeiros foram convidados a participar no estudo, decidindo livremente sobre a sua participação.
- **Direito à intimidade** – os questionados tem o direito a decidirem sobre qual a informação que pretendem partilhar sobre a sua vida privada e a sua extensão (Fortin, 1999). Privilegiou-se questões que não invadissem a intimidade dos enfermeiros, protegendo assim esse direito.

- **Direito ao anonimato e à confidencialidade** – este direito protege os questionados de que nenhuma resposta individual permita a identificação da sua identidade. Desta forma, o questionário foi elaborado de forma que seja anónimo e confidencial, de modo que nenhuma identidade fosse identificada pelas respostas destes.
- **Direito à protecção contra o desconforto e prejuízo** – baseia-se no princípio do “benefício”, ou seja, no sentido de proteger o indivíduo de inconvenientes susceptíveis de fazer mal ou de prejudicarem a pessoa. Este estudo foi elaborado no sentido de não lesar o plano social, o desconforto e o prejuízo de ordem fisiológica, psicológica e económica dos enfermeiros questionados.
- **Direito ao tratamento justo e equitativo** – trata-se de informar o indivíduo sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, assim como o método a utilizar (Fortin,1999). Seguidamente ao convite para a participação neste estudo, foi apresentada a natureza, fim e a duração da investigação aos enfermeiros, para que estes possam reflectir sobre o seu consentimento.

9. Tratamento e apresentação de dados

O tratamento de dados obtido pelos 89 questionários aplicados foi executado utilizando o software S.P.S.S. (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 17.0 para ambiente Windows.

Para o tratamento estatístico, recorreu-se às aplicações de estatística descritiva e a testes não paramétricos.

Relativamente à estatística descritiva, utilizou-se frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central (média, moda e mediana) medidas de dispersão (mínimo, máximo e desvio padrão), apresentação das estatísticas descritivas de um Score. Nas estatísticas inferenciais, utilizou-se os testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney.

As influências da instituição, do tipo de serviço, do departamento de especialidades, do género, da idade, do estado civil, da categoria profissional, do tempo de exercício profissional, do tempo de exercício profissional no serviço actual, a razão pela presença no serviço actual e o vínculo à instituição sobre o Score do AUDIT e sobre o consumo de bebidas alcoólicas à semana e ao fim-de-semana, nas seis refeições diárias, foram testadas com os testes não paramétricos de Kruskal-Wallis e de Mann-Whitney, considerando-se existir diferenças estatisticamente significativas quando o valor de p dos referidos testes for inferior a 0,05.

Para melhor leitura dos dados, formaram-se departamentos por especialidade a partir dos serviços constituintes deste estudo. Assim sendo, os departamentos formados foram: Saúde mental (demências e saúde mental); Cirurgia (cirurgia geral, de oftalmologia/otorrinolaringologia/ortopedia); Medicina (medicina interna); Cuidados paliativos e continuados (cuidados de longa duração, cuidados paliativos, convalescença); Reabilitação; Mulher e Criança (ginecologia/obstetrícia/neonatologia); Urgências e Unidade de Cuidados Intensivos.

Na questão do *vínculo à instituição* foi traduzido para Português as variáveis segundo as normas de contratualização existentes em Espanha, não sendo equiparadas às de Portugal.

Os resultados obtidos após a análise estatística foram apresentados em quadros e gráficos, para que seja simplificado o processo de leitura dos mesmos.

III. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

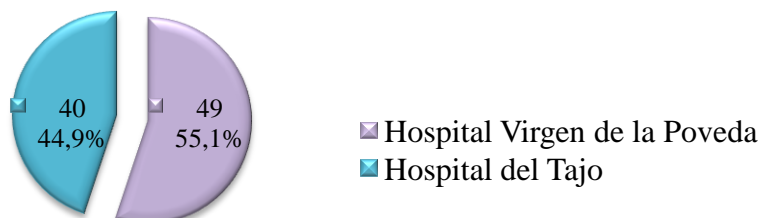
Seguidamente à recolha de dados obtidos através da aplicação de questionários é fulcral a organização da informação e realização do tratamento da mesma, de forma a ser passível a transmissão dos seus resultados. Portanto, o investigador pretende, neste capítulo, apresentar e analisar os dados recolhidos, através de gráficos, quadros e de uma breve análise textual da sua autoria. Nesta fase, os dados são apresentados de forma sistemática. Os resultados são abordados segundo a ordem das questões que surgem no questionário. Primeiramente, faz-se uma análise descritiva, apresentando-se a caracterização da amostra, seguidamente, as situações relacionadas com o consumo de bebidas alcoólicas - Teste de AUDIT, os consumos típicos de bebidas alcoólicas, em *unidade-padrão*, em dias da semana e ao fim de semana. Por fim, faz-se uma análise inferencial, apresentando-se os dados referentes à relação entre as variáveis dependentes e as variáveis independentes. As questões que apresentem um total de 100% numa das respostas não se apresentam graficamente.

1. Caracterização da amostra

A primeira parte do questionário é referente à caracterização da amostra, apresentando-se, assim, os resultados obtidos que proporcionam uma visão da amostra.

Instituição

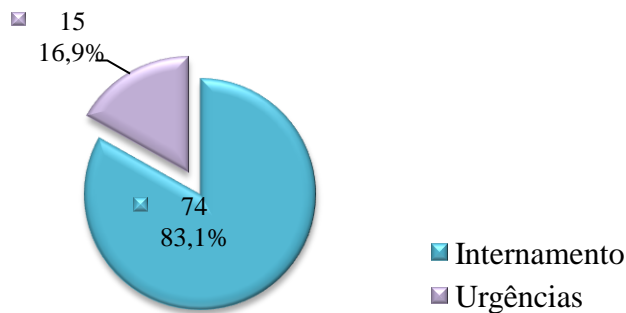
Gráfico 1. Distribuição da amostra relativamente à instituição hospitalar.



De acordo com a análise do gráfico 1, verifica-se que 49 dos enfermeiros questionados trabalham no Hospital Virgen de la Poveda e os restantes 40 trabalham no hospital del Tajo.

Tipo de serviço

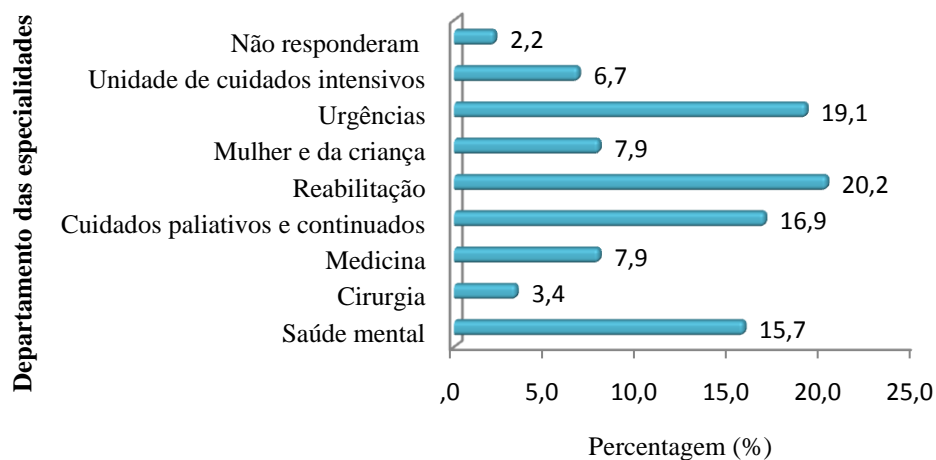
Gráfico 2. Distribuição da amostra relativamente ao tipo de serviço.



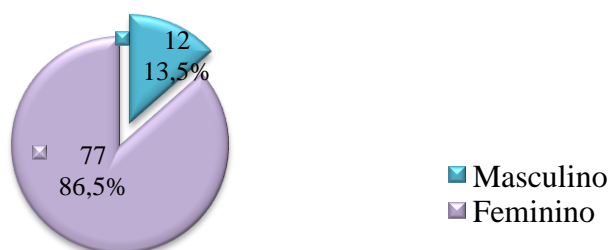
Em relação ao tipo de serviço, verifica-se que a maioria exerce funções no internamento, representando 83,1% e os restantes, nas urgências com 16,9%.

Especialidade do serviço

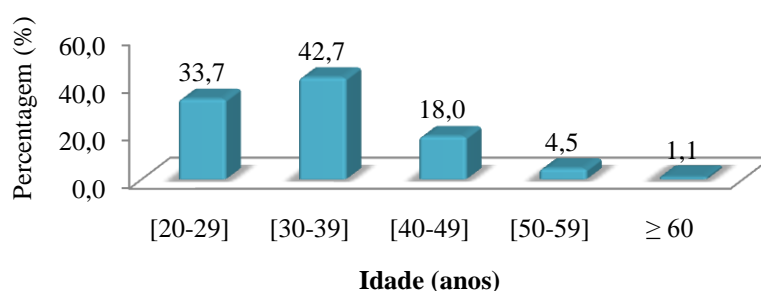
Gráfico 3. Distribuição da amostra relativamente aos departamentos das especialidades.



Pela análise do gráfico 3, verifica-se que 15,7% dos enfermeiros questionados trabalham no departamento de saúde mental; 3,4% no departamento de cirurgia; 7,9% no departamento de medicina; 16,9% no departamento de cuidados paliativos e continuados, 20,2% no serviço de reabilitação; 7,9% no departamento da mulher e da criança; 19,1% no departamento de urgências; 6,7% no departamento de unidade de cuidados intensivos e 2,2% dos questionados não responderam.

Género**Gráfico 4.** Distribuição da amostra relativamente ao género.

Quanto ao género, neste estudo, 77 elementos da amostra são do género feminino e os restantes 12 são do género masculino.

Idade**Gráfico 5.** Distribuição da amostra relativamente à classe de idades.

Analisando o gráfico 5, verifica-se que 33,7% dos enfermeiros questionados tem idade compreendida entre os 20 e os 29 anos, 42,7% tem idade entre os 30 e os 39 anos, 18,0% tem idade entre os 40 e os 49 anos e um enfermeiro tem idade igual ou superior a 60 anos.

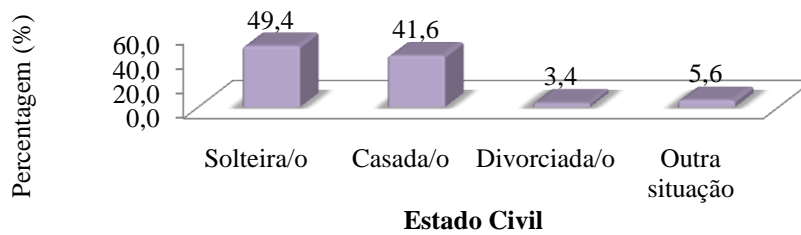
Quadro 3. Estatística descritiva relativamente à idade.

N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
89	34,30	34	37	22	62	8,166

A idade dos enfermeiros está compreendida entre os 22 e os 62 anos. A média de idade é de aproximadamente 34 anos (com um desvio padrão de 8,166), a moda indica que a idade mais vezes mencionada é 37 anos, e a mediana permite nos saber que pelo menos 50% da amostra apresentam idade igual ou inferior a 34 anos.

Estado civil

Gráfico 6. Distribuição da amostra relativamente ao estado civil.



Através da análise do gráfico 6, verifica-se que 49,4% dos enfermeiros inquiridos no estudo são solteiros, 41,6% são casados, 3,4% estão divorciados e 5,6% outra situação.

Categoria profissional

Gráfico 7. Distribuição da amostra relativamente à categoria profissional.

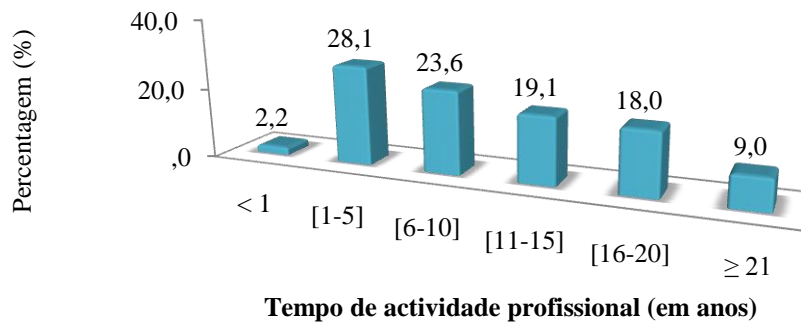


A maioria da amostra apresenta a categoria profissional de enfermeiro prestador de cuidados 89,9% e os restantes 10,1% enfermeiro supervisor.

Tempo de actividade profissional

De acordo com a análise do gráfico 8 pode-se verificar que 2,2% dos enfermeiros estão na actividade profissional de enfermagem há menos de um ano; 28,1% entre o intervalo de [1-5] anos; 23,6% compreendidas no intervalo [6-10] anos; 19,1% no intervalo de [11-15] anos; 18,0% no intervalo de [16-20] anos e 9,0% a um período igual ou superior a 21 anos.

Gráfico 8. Distribuição da amostra relativamente ao tempo de actividade profissional dos enfermeiros.



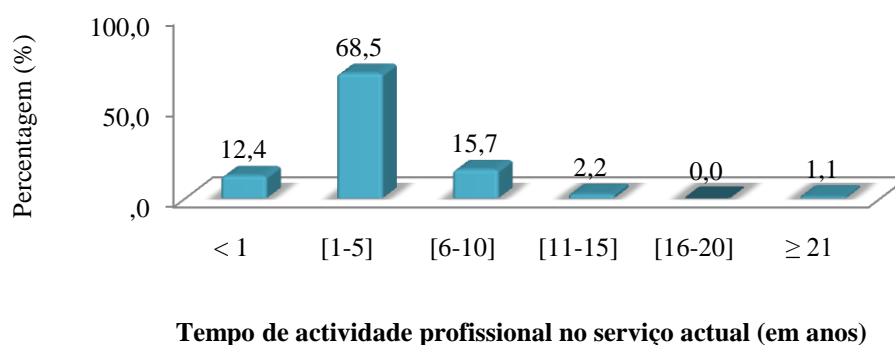
A média de tempo de actividade profissional dos enfermeiros questionados é de aproximadamente 10,76 anos (com um desvio padrão de 7,86), a moda indica que o tempo mais vezes mencionado é 8 anos, e a mediana permite nos saber que pelo menos 50% da amostra exerce enfermagem há um período igual ou inferior a 9 anos. O tempo mínimo de actividade é inferior a 1 ano e o máximo é 38 anos.

Quadro 4. Estatística descritiva relativamente ao tempo de actividade profissional.

N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
89	10,76	9	8	0	38	7,86

Tempo de actividade profissional no serviço actual

Gráfico 9. Distribuição da amostra relativamente ao tempo de actividade profissional no serviço actual.



Relativamente ao tempo de actividade profissional no serviço actual verifica-se que 12,4% dos enfermeiros exercem funções neste há menos de um ano; 68,5% no intervalo [1-5]

anos; 15,7% no intervalo [6-10] anos; 2,2% no intervalo [11-15] anos; 1,1% exercem funções há mais de 21 anos.

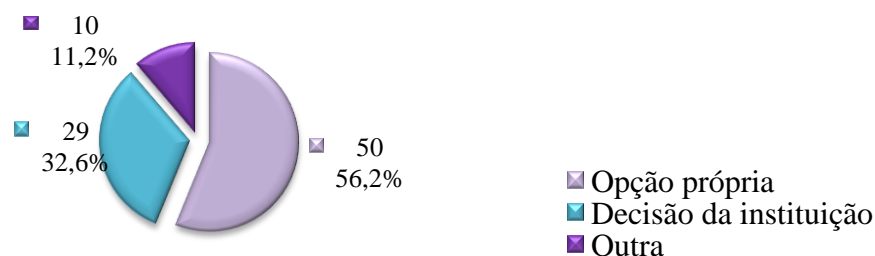
Quadro 5. Estatística descritiva relativamente ao tempo de actividade profissional no serviço actual.

N	Média	Mediana	Moda	Mínimo	Máximo	Desvio Padrão
89	2,77	1,5	1	0	24	3,495

A média de tempo de actividade profissional no serviço actual é de aproximadamente 2,77 anos; com um desvio padrão de 3,495; a moda indica que o tempo mais vezes mencionado é 1 ano e a mediana permite nos saber que pelo menos 50% da amostra exercem funções neste serviço há um período igual ou inferior a 1 ano e meio. O tempo mínimo neste serviço é inferior a 1 ano e o máximo é 24 anos.

Razão da presença no serviço actual

Gráfico 10. Distribuição da amostra relativamente à razão pela presença no serviço actual.

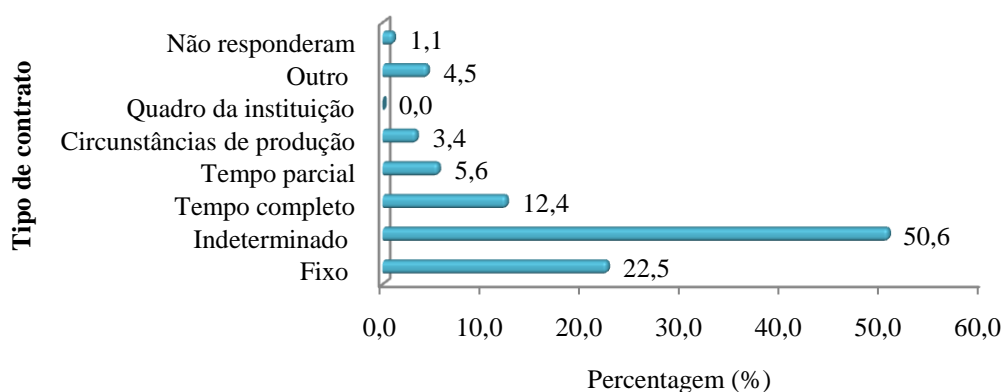


Através do gráfico 10 verifica-se que, 50 enfermeiros permanecem no *serviço por decisão própria*, 29 por *decisão da instituição hospitalar* e 10 por *outra razão*.

Vínculo à instituição

Pela análise do gráfico 11 verifica-se que 50,6% dos enfermeiros tem *contrato por tempo indeterminado*; 22,5% tem *contrato fixo*; 12,4% tem *contrato por tempo completo*; 5,6% tem *contrato por tempo parcial*; 3,4% tem *contrato por circunstâncias de produção*; 4,5% responderam outra situação de *vínculo à instituição*, 1 não respondeu à questão.

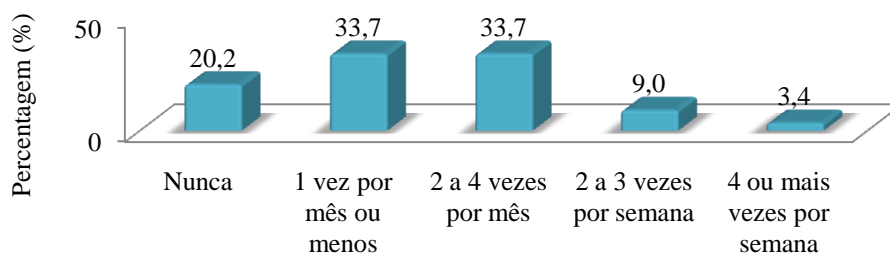
Gráfico 11. Distribuição da amostra relativamente ao vínculo à instituição.



2. Situações relacionadas com o consumo - Teste de AUDIT

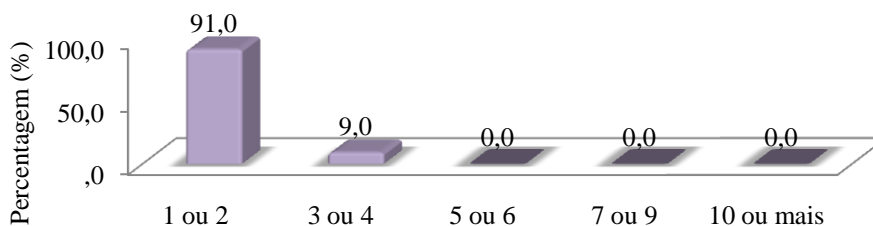
Os gráficos correspondem à distribuição da amostra relativamente às questões do AUDIT.

Gráfico 12. Questão 1: *quantas vezes bebe uma bebida alcoólica?*



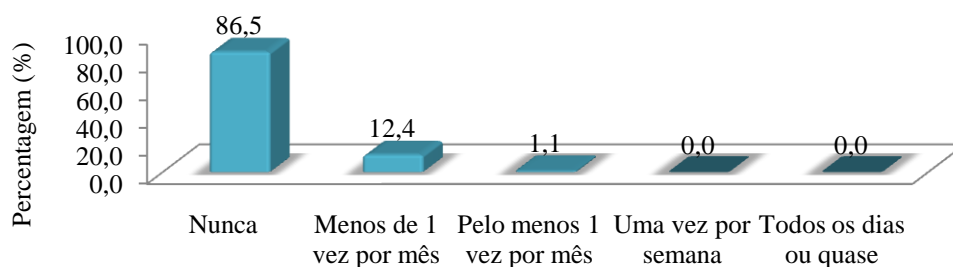
Relativamente à questão 1, os enfermeiros responderam: 20,2% *nunca*; 33,7% *1 vez por mês ou menos*; 33,7% *2 a 4 vezes por mês*; 9,0% *2 a 3 vezes por semana* e 3,4% *4 ou mais vezes por semana*.

Gráfico 13. Questão 2: *num dia normal, quantos copos de uma bebida alcoólica bebe habitualmente?*



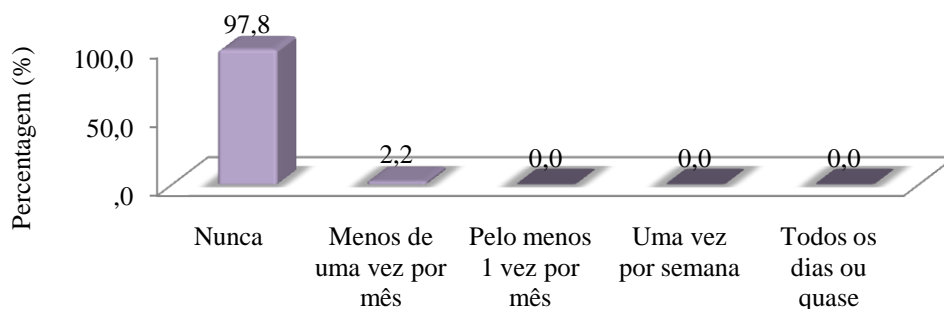
Segundo a questão 2, pode-se constatar que 91,0% responderam *1 ou 2* e 9,0% responderam *3 ou 4*.

Gráfico 14. Questão 3: *qual a frequência com que bebe 6 ou mais copos de uma bebida alcoólica numa única ocasião?*



A maioria dos elementos da amostra referiu *nunca* ter bebido 6 ou mais copos de bebida alcoólica numa única ocasião, representando 86,5%; 12,4% assinalaram *menos de 1 vez por mês* e 1,1% *pelo menos 1 vez por mês*.

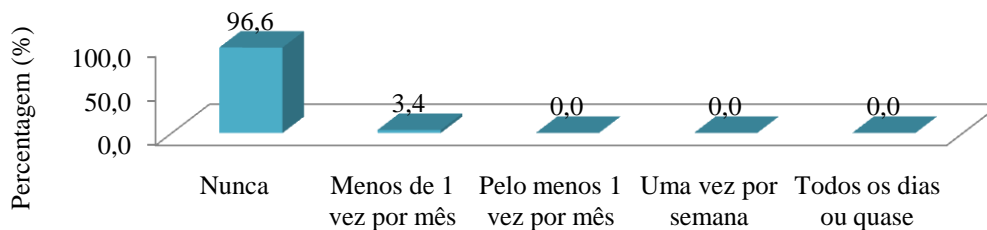
Gráfico 15. Questão 4: *durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu ter começado a beber uma bebida alcoólica e não conseguir parar?*



Pela análise do gráfico 15 constata-se que 97,8% referem *nunca* ter acontecido não conseguir parar de beber álcool após ter começado e 2,2% referem acontecer *menos de uma vez por mês*.

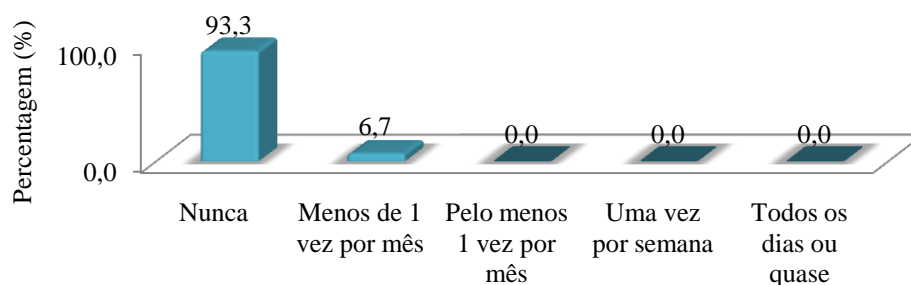
Relativamente à quinta questão 96,6% dos enfermeiros inquiridos assinalaram *nunca* e 3,4% *menos de 1 vez por mês*.

Gráfico 16. Questão 5: *durante o último ano, quantas vezes não conseguiu fazer algo a que se tinha comprometido devido às bebidas alcoólicas?*



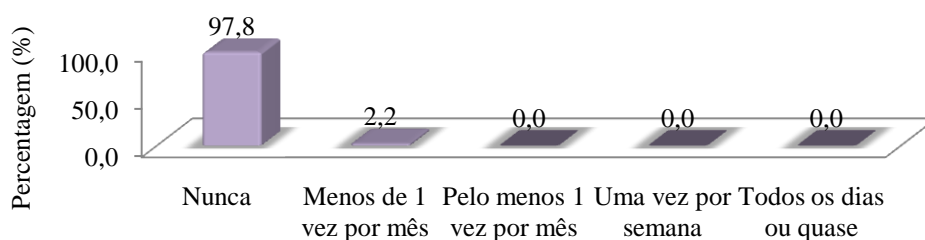
Relativamente à questão 6 do AUDIT, obteve-se 100% de respostas *nunca*.

Gráfico 17. Questão 7: *durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu sentir-se culpado ou com remorsos depois de ter bebido?*



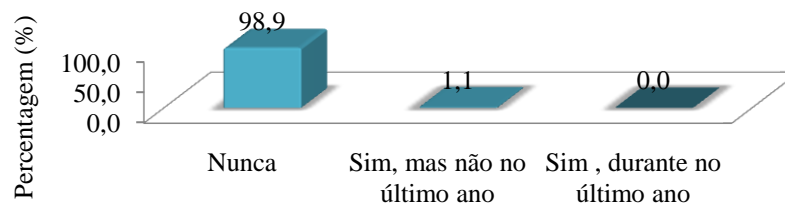
Pela observação do gráfico 17, constata-se que 93,3% dos enfermeiros inquiridos responderam *nunca* e 6,7% afirmaram *menos de 1 vez por mês*.

Gráfico 18. Questão 8: *durante o último ano, quantas vezes lhe aconteceu não se conseguir lembrar do que sucedeu na noite anterior por ter bebido?*



De acordo com a análise do gráfico 18, verifica-se que 97,8% da amostra refere *nunca* lhe ter acontecido não conseguir lembrar do que sucedeu na noite anterior por ter bebido e 2,2% referem acontecer *menos de uma vez por mês*.

Gráfico 19. Questão 9: *o facto de ter bebido já foi causa de ferimentos em si próprio ou noutras pessoas?*



A maioria dos enfermeiros inquiridos referem *nunca* ter causado ferimentos em si próprio ou noutras pessoas pelo facto de ter bebido, representando 98,9%, e 1,1% assinalaram *sim, mas não no último ano*.

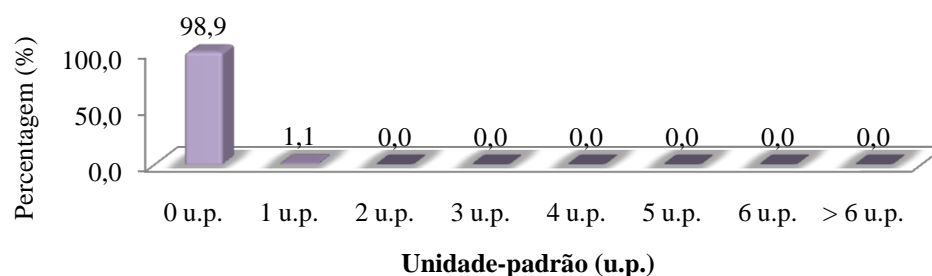
Relativamente à questão 19, *alguma vez um familiar, amigo, médico ou outra pessoa ligada à saúde se preocupou com os seus hábitos de bebida ou lhe sugeriu que reduzisse a bebida*, verifica-se que 100% dos elementos responderam *nunca*.

3. Consumo de bebidas de alcoólicas, em dias da semana e do fim-de-semana

Consumos de bebidas alcoólicas durante os dias da semana, em unidade-padrão

Os seguintes gráficos correspondem à distribuição da amostra relativamente ao consumo típico de bebidas alcoólicas, durante a semana. Relativamente à questão de consumo típico de bebidas alcoólicas ao pequeno-almoço durante a semana, todos os elementos responderam *0 u.p.*

Gráfico 20. Consumos: Semana / meio da manhã.

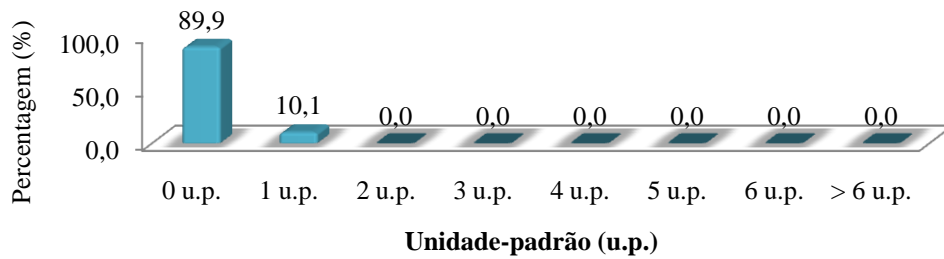


Segundo o gráfico 20, verifica-se que 98,9% da amostra responderam *0 u.p.* e 1,1% *1 u.p.*

Consumo de álcool.

Estudo numa amostra de enfermeiros espanhóis.

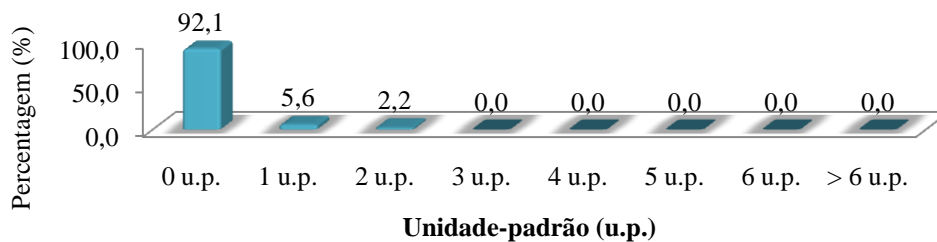
Gráfico 21. Consumos: Semana / almoço.



Pela observação do gráfico 21 constata-se que 89,9% dos enfermeiros não bebem ao almoço durante a semana e 10,1% referem que bebem 1 u.p.

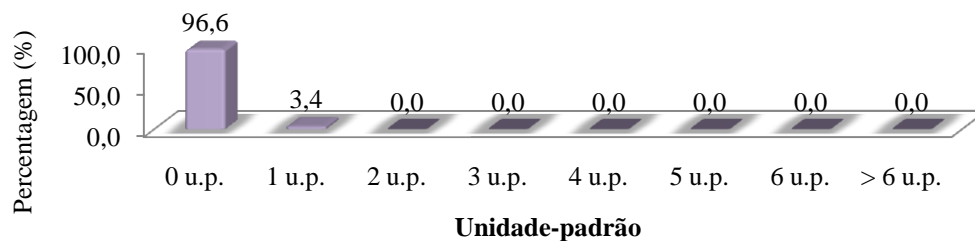
Relativamente ao lanche, verifica-se que todos os elementos responderam 0 u.p.

Gráfico 22. Consumos: Semana / jantar.



A maioria dos enfermeiros inquiridos referem 0 u.p., representando 92,1%; enquanto que 5,6% assinalaram 1 u.p., 2,2% afirmaram 2 u.p. de bebida consumida ao jantar durante a semana.

Gráfico 23. Consumos: Semana / ceia.



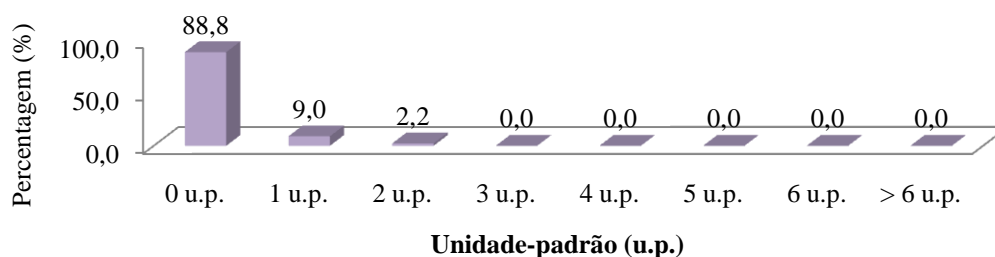
Quanto ao consumo típico de bebidas alcoólicas à ceia durante a semana, 96,6% dos enfermeiros inquiridos assinalaram 0 u.p. e 3,4% afirmaram 1 u.p.

Consumos de bebidas alcoólicas durante o fim-de-semana

Os gráficos correspondem à distribuição da amostra relativamente ao consumo típico de bebidas alcoólicas, o fim-de-semana.

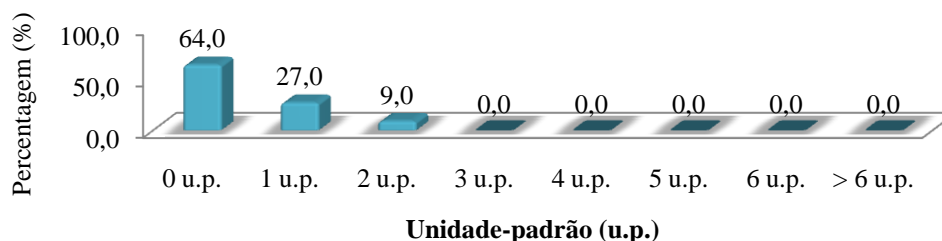
Relativamente ao pequeno-almoço, verifica-se que 100% dos inquiridos afirmaram *0 u.p.*

Gráfico 24. Consumos: Fim-de-semana / meio da manhã.



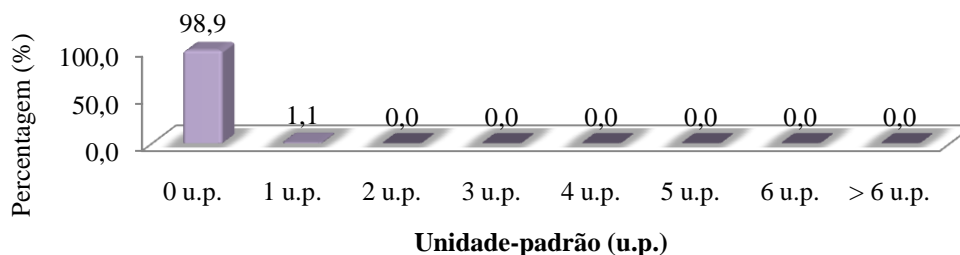
Segundo o gráfico 24, podemos verificar que 88,8% dos enfermeiros inquiridos assinalaram *0 u.p.*, 9,0% afirmaram *1 u.p.* e 2,2% responderam *2 u.p.* de consumo de bebidas alcoólicas ao meio da manhã durante o fim-de-semana.

Gráfico 25. Consumos: Fim-de-semana / almoço.



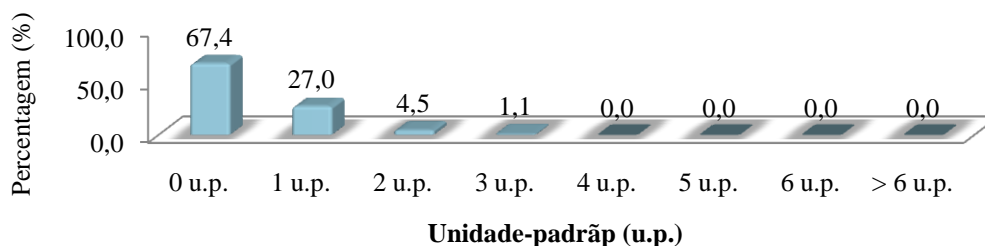
Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas ao almoço durante o fim-de-semana, verifica-se que 64,0% da amostra afirmam que não bebem, 27,0% assinalam *1 u.p.* e 9,0% assinalam *2 u.p.*

Gráfico 26. Consumos: Fim-de-semana / lanche.



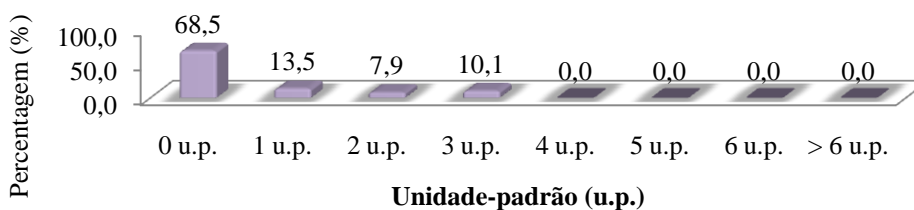
Ao lanche, durante o fim-de-semana, constata-se que 98,9% assinalam 0 u.p. e 1,1% afirmam 1 u.p.

Gráfico 27. Consumos: Fim-de-semana / jantar.



Pela observação do gráfico 27, referente ao consumo de bebidas alcoólicas ao jantar durante o fim-de-semana, observa-se que 67,4% assinalam 0 u.p., 27,0% referem 1 u.p., 4,5% referem 2 u.p., 1,1% assinalam 3 u.p.

Gráfico 28. Consumos: Fim-de-semana / ceia.



Segundo o gráfico 28, podemos verificar que 68,5% dos enfermeiros inquiridos assinalaram 0 u.p., 13,5% afirmaram 1 u.p. e 7,9% responderam 2 u.p. e 10,1% afirmaram 3 u.p. de consumo de bebidas alcoólicas à ceia.

4. *Score* do teste AUDIT

O *score* do AUDIT tem pontuação de 0 a 40, no entanto apresenta-se a pontuação total obtida em todos os questionários.

Quadro 6. Distribuição da amostra relativamente ao *score* do AUDIT.

Score do AUDIT	Percentagem (%)
0	0
1	20,2
2	30,3
3	22,5
4	14,6
5	7,9
6	1,1
7	2,2
8	1,1

De acordo com a análise do quadro 6, relativamente ao *score* do teste AUDIT, numa escala de 1 a 40, verifica-se: 20,2% tiveram uma pontuação de 1; 30,3% pontuação de 2; 22,5% pontuação de 3; 14,6% pontuação de 4; 7,9% pontuação de 5; 1,1% pontuação de 6; 2,2% pontuação de 7, 1,1% pontuação de 8.

5. Variáveis dependentes *versus* variáveis independentes

Relativamente à influência das variáveis independentes sobre a variável dependente, analisa-se se existe diferenças estatisticamente significativas e apresenta-se as variáveis às quais representam valores estatisticamente significativos.

Nos quadros referentes ao consumo de bebidas alcoólicas à semana e ao fim-de-semana não foram realizadas a análise se existe diferenças estatisticamente significativas às refeições que obtiveram 100% de respostas 0 *u.p.*

5.1. AUDIT *versus* variáveis independentes

Quadro 7. Score Total do Teste AUDIT.

	Mean Rank	<i>p</i>
Instituição Hospitalar		
Hospital Virgen de la Poveda	45,50	
Hospital del Tajo	43,39	0,836
Tipo de serviço		
Internamento	45,14	
Urgências	44,30	0,906
Departamento de especialidades		
Saúde Mental	42,39	
Cirurgia	47,83	
Medicina Interna	48,93	
Cuidados Paliativos e Continuados	39,50	
Reabilitação	50,39	
Saúde da Mulher e da Criança	38,50	
Urgências	41,91	
Unidade de Cuidados Intensivos	44,50	0,919
Género		
Masculino	63,63	
Feminino	42,10	0,006
Idade (em anos)		
[20-29]	52,45	
[30-39]	40,55	
[40-49]	45,28	
[50-59]	39,13	
≥ 60	9,50	0,197
Estado Civil		
Solteira (o)	50,90	
Casada (o)	39,11	
Viúva (o)	0,00	
Divorciada (o)	41,17	
Outra Situação	39,00	0,187
Categoria Profissional		
Enfermeira (o)	45,28	
Enfermeira (o) supervisor (a)	42,56	0,759
Tempo de Exercício Profissional (anos)		
< 1	32,00	
[1-5]	53,42	
[6-10]	40,60	
[11-15]	52,59	
[16-20]	40,38	
≥ 21	26,63	0,067
Tempo Exercício no Serviço Actual (anos)		
< 1	46,41	
[1-5]	46,93	
[6-10]	37,04	
[11-15]	52,00	
[16-20]	0,00	
≥ 21	9,50	0,414

Consumo de álcool.

Estudo numa amostra de enfermeiros espanhóis.

Razão da presença no actual Serviço		
Opção própria	45,05	
Decisão da instituição	48,76	
Outra	33,85	0,271
Vínculo à Instituição		
Fixo	41,58	
Indeterminado	45,90	
Tempo completo	48,91	
Tempo parcial	29,10	
Circunstâncias de produção	48,50	
Quadro da instituição	0,00	
Outro	47,50	0,729

Analisando o quadro 7, verifica-se que a variável género apresenta valor de $p=0,006$; o que permite afirmar que há diferenças estatisticamente significativas no *score* total obtido do teste AUDIT, em função do género dos questionados, sendo o género masculino o que obtêm maior *score*.

5.2. Consumo de bebidas alcoólicas à semana *versus* variáveis independentes

Quadro 8. Consumo de bebidas alcoólicas à semana.

	Meio da manhã		Almoço		Jantar		Ceia	
	Mean Rank	<i>p</i>	Mean Rank	<i>p</i>	Mean Rank	<i>p</i>	Mean Rank	<i>p</i>
Instituição Hospitalar								
Virgen de la Poveda	44,50		45,95		43,28		43,50	
Del Tajo	45,61	0,268	43,84	0,463	47,11	0,135	46,84	0,052
Tipo de serviço								
Internamento	44,50		45,91		44,53		43,50	
Urgências	47,47	0,026	40,50	0,157	47,30	0,418	52,40	0,000
Departamento de especialidades								
Saúde Mental	43,50		45,71		43,54		42,50	
Cirurgia	43,50		39,50		54,67		42,50	
Medicina Interna	43,50		45,71		47,07		42,50	
Cuidados Paliativos e Continuados	43,50		45,30		43,33		42,50	
Reabilitação	43,50		44,33		40,50		42,50	
Saúde da Mulher e da Criança	43,50		45,71		40,50		42,50	
Urgências	46,06		39,50		45,50		50,18	
Unidade de Cuidados Intensivos	43,50	0,766	46,75	0,870	48,17	0,528	42,50	0,081
Género								
Masculino	44,50		55,33		52,67		47,21	
Feminino	45,08	0,693	43,39	0,004	43,81	0,018	44,66	0,309

Consumo de álcool.

Estudo numa amostra de enfermeiros espanhóis.

Idade (em anos)								
[20-29]	44,50		43,47		44,52		46,47	
[30-39]	45,67		46,36		45,03		44,67	
[40-49]	44,50		46,06		44,22		43,50	
[50-59]	44,50		40,50		52,38		43,50	
≥ 60	44,50	0,854	40,50	0,840	41,50	0,791	43,50	0,777
Estado Civil								
Solteira (o)	44,50		43,53		45,61		46,53	
Casada (o)	45,70		46,51		43,85		43,50	
Viúva (o)	0,00		0,00		0,00		0,00	
Divorciada (o)	44,50		40,50		56,00		43,50	
Outra Situação	44,50	0,704	49,40	0,604	41,50	0,338	43,50	0,371
Categoria Profissional								
Enfermeira (o)	45,06		45,51		45,39		45,17	
Enfermeira (o) supervisor (a)	44,50	0,737	40,50	0,291	41,50	0,358	43,50	0,557
Tempo de Exercício Profissional (anos)								
< 1	44,50		40,50		41,50		43,50	
[1-5]	44,50		45,84		41,50		45,28	
[6-10]	44,50		40,50		47,88		47,74	
[11-15]	44,50		50,97		51,94		43,50	
[16-20]	47,28		46,06		41,50		43,50	
≥ 21	44,50	0,472	40,50	0,223	41,50	0,049	43,50	0,560
Tempo Exercício no Serviço Actual (anos)								
< 1	44,50		40,50		41,50		43,50	
[1-5]	45,23		45,61		45,89		45,69	
[6-10]	44,50		46,86		44,61		43,50	
[11-15]	44,50		40,50		41,50		43,50	
[16-20]	0,00		0,00		0,00		0,00	
≥ 21	44,50	0,977	40,50	0,746	41,50	0,821	43,50	0,843
Razão da presença no actual Serviço								
Opção própria	45,39		44,06		47,73		45,28	
Decisão da instituição	44,50		48,17		41,50		45,03	
Outra	44,50	0,677	40,50	0,228	41,50	0,054	43,50	0,816
Vínculo à Instituição								
Fixo	46,20		42,70		43,33		43,00	
Indeterminado	44,00		45,39		44,82		43,98	
Tempo completo	44,00		40,50		49,14		51,00	
Tempo parcial	44,00		40,50		41,00		43,00	
Circunstâncias de produção	44,00		69,83		41,00		43,00	
Quadro da instituição	0,00		0,00		0,00		0,00	
Outro	44,00	0,639	40,50	0,013	41,00	0,716	43,00	0,130

De acordo com a análise do quadro 8, verifica-se que a variável tipo de serviço, ao meio da manhã e à ceia, apresenta valor de $p=0,026$ e $p=0,000$, respectivamente, o que permite afirmar que há diferenças estatisticamente significativas no *score* total obtido do teste AUDIT, em função do tipo de serviço dos questionados, sendo os enfermeiros de Urgências, em ambos, o que obtêm maior *score*. Também se pode constatar que a variável género, ao almoço e ao jantar, apresenta valor de $p=0,004$ e $p=0,018$, respectivamente, o

que permite afirmar que há diferenças estatisticamente significativas, sendo os homens, em ambos, os que obtêm maior *score*. Ao jantar, verifica-se que a variável tempo de exercício profissional apresenta $p=0,049$ o que permite afirmar que há diferenças estatisticamente significativas no *score* total obtido do teste AUDIT. Ao almoço, verifica-se que a variável vínculo à instituição apresenta $p=0,013$ o que permite afirmar que há diferenças estatisticamente significativas no *score* total obtido do teste AUDIT.

5.3. Consumo de bebidas alcoólicas ao fim-de-semana *versus* variáveis independentes

Quadro 9. Consumo de bebidas alcoólicas ao fim-de-semana.

	Meio da manhã		Almoço		Lanche		Jantar		Ceia	
	Mean Rank	<i>p</i>	Mean Rank	<i>p</i>	Mean Rank	<i>p</i>	Mean Rank	<i>p</i>	Mean Rank	<i>p</i>
Instituição Hospitalar										
Virgen la Poveda	46,32		42,70		44,50		44,55		46,55	
Del Tajo	43,39	0,331	47,89	0,273	45,61	0,268	45,55	0,825	43,10	0,445
Tipo de serviço										
Internamento	44,84		44,20		44,50		45,67		45,67	
Urgências	45,80	0,810	48,97	0,441	47,47	0,026	41,70	0,509	41,70	0,467
Departamento de especialidades										
Saúde Mental	48,46		38,07		43,50		36,82		49,07	
Cirurgia	39,00		28,50		43,50		43,67		41,83	
Medicina Interna	39,00		47,64		43,50		41,71		47,71	
Cuidados Paliativos e Continuados	44,67		42,70		43,50		38,20		40,60	
Reabilitação	43,72		43,39		43,50		52,89		47,78	
Saúde da Mulher e da Criança	39,00		47,64		43,50		41,71		40,14	
Urgências	44,00		48,00		46,06		42,06		38,91	
Unidade de Cuidados Intensivos	46,92	0,790	50,83	0,766	43,50	0,766	59,58	0,193	45,00	0,853
Género										
Masculino	43,63		53,25		44,50		52,67		46,08	
Feminino	45,21	0,717	43,71	0,160	45,08	0,653	43,81	0,178	44,83	0,849
Idade (em anos)										
[20-29]	44,52		38,70		44,50		45,05		55,47	
[30-39]	44,71		48,80		45,67		45,24		39,14	
[40-49]	48,16		52,78		44,50		46,25		36,16	
[50-59]	40,00		29,00		44,50		41,00		31,00	
≥ 60	40,00	0,832	29,00	0,080	44,50	0,854	30,50	0,955	31,00	0,000

Consumo de álcool.

Estudo numa amostra de enfermeiros espanhóis.

Estado Civil										
Solteira (o)	46,16		43,15		45,51		45,19		56,00	
Casada (o)	44,70		46,95		44,50		44,50		33,49	
Viúva (o)	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
Divorciada (o)	40,00		29,00		44,50		44,50		31,00	
Outra Situação	40,00	0,727	56,50	0,309	44,50	0,796	47,30	0,994	41,80	0,000
Categoria Profissional										
Enfermeira (o)	44,48		44,78		45,06		44,01		46,12	
Enfermeira (o) supervisor (a)	49,67	0,297	47,00	0,772	44,50	0,737	53,83	0,188	35,06	0,138
Tempo de Exercício Profissional (anos)										
< 1	40,00		49,25		44,50		30,50		49,25	
[1-5]	43,68		41,62		44,50		46,28		59,32	
[6-10]	46,21		36,31		44,50		45,17		46,19	
[11-15]	45,41		54,47		44,50		52,74		35,85	
[16-20]	48,16		51,25		47,28		41,00		37,25	
≥ 21	40,00	0,787	34,06	0,012	44,50	0,472	35,75	0,371	31,00	0,001
Tempo Exercício no Serviço Actual (anos)										
< 1	40,00		36,36		44,50		39,41		60,00	
[1-5]	47,30		47,17		45,23		47,30		44,11	
[6-10]	40,00		41,71		44,50		39,50		36,21	
[11-15]	40,00		52,25		44,50		51,50		58,00	
[16-20]	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
≥ 21	40,00	0,277	29,00	0,435	44,50	0,977	30,50	0,545	31,00	0,056
Razão da presença no actual Serviço										
Opção própria	46,19		48,25		45,39		49,54		42,11	
Decisão da instituição	43,17		40,72		44,50		40,24		51,10	
Outra	44,35	0,651	41,15	0,284	44,00	0,677	36,10	0,064	44,65	0,271
Vínculo à Instituição										
Fixo	46,20		49,33		46,20		42,45		39,05	
Indeterminado	44,28		44,26		44,00		43,84		44,88	
Tempo completo	43,41		44,95		44,00		52,64		52,59	
Tempo parcial	39,50		29,00		44,00		30,00		48,40	
Circunstâncias de produção	39,50		47,50		44,00		67,83		42,50	
Quadro da instituição	0,00		0,00		0,00		0,00		0,00	
Outro	51,50	0,796	39,00	0,560	44,00	0,639	40,38	0,151	41,88	0,663

Segundo a análise do quadro 9, verifica-se que a variável tipo de serviço, ao lanche, apresenta valor de $p=0,026$, em função do tipo de serviço dos questionados, sendo os enfermeiros de Urgências, o que obtêm maior *score*. Também se constata que a variável tempo de exercício profissional, ao almoço e à ceia, apresenta valor de $p=0,012$ e $p=0,001$, respectivamente; à ceia, verifica-se que a variável idade e estado civil apresentam $p=0,000$ e $p=0,000$, respectivamente. Estes valores permitem afirmar que há diferenças estatisticamente significativas no *score* total obtido do teste AUDIT.

IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a análise dos dados recolhidos dos questionários aplicados, surge a necessidade de interpretar toda a informação compilada. Assim sendo, apresenta-se no presente capítulo a necessária, senão fundamental, discussão dos resultados. Nesta etapa, tem-se em consideração a interligação com os conhecimentos e referências encontradas ao longo da revisão bibliográfica efectuada para a fundamentação teórica deste estudo.

Este capítulo foi elaborado com os resultados que se consideram mais pertinentes e após essa análise, fez-se as considerações que se julgam ser mais adequadas a cada questão. Para tal, confrontou-se os resultados obtidos com os resultados dos autores estudados, com intuito de concretizar os objectivos propostos da presente investigação.

A discussão dos resultados obedece à ordem da apresentação e análise dos dados. Salienta-se, ainda o facto de os resultados encontrados serem interpretados no contexto da amostra estudada, 89 enfermeiros.

Após reflexão da análise dos dados obtidos, traça-se facilmente o seguinte perfil tendencial da amostra, neste estudo: é do Hospital Virgen de la Poveda, do serviço de internamento, a especialidade é Reabilitação, do género feminino, a faixa etária está compreendida entre os 30 e os 39 anos, estado civil solteira, é enfermeiro prestador de cuidados, encontra-se a exercer a actividade profissional há entre 1 a 5 anos e exerce no serviço actual também há entre 1 a 5 anos, sendo a permanência no serviço por decisão própria e está vinculado à instituição por contrato de trabalho por tempo indeterminado.

O intuito de realizar a caracterização da amostra deve-se, como anteriormente foi mencionado, à pertinência dos dados para a concretização dos objectivos propostos, pelo que não são estudadas minuciosamente as características da amostra.

Ao longo desta reflexão surgem perguntas às quais se tenta responder e outras que ficarão para um possível e posterior estudo, já que se baseia numa amostra cujos resultados não podem ser generalizados à população.

Antes de mais, surge uma pergunta, que ao longo do trabalho foi ganhando mais ênfase: Será que as respostas dadas terão sido influenciadas pela dificuldade dos enfermeiros em assumir consumos de álcool acentuados? Esta questão emerge, uma vez que se sente pouco à vontade na colaboração por parte dos mesmos, quando se explica os objectivos do estudo, e apesar de se frisar bem o facto de ser confidencial.

Este facto pode ter influência já que os enfermeiros têm um código deontológico ao qual assumem compromisso desde o início da sua actividade. Assim, este refere, na alínea c) do nº 3 do art.º 78º, que é princípio orientador da actividade dos enfermeiros a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com os profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Esta “excelência do exercício” diz respeito à meta de qualidade no cuidado prestado numa perspectiva holística da Pessoa. Não basta saber que os utentes têm direito a ser “tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, com correcção técnica, privacidade e respeito”, mas é necessário que, no concreto, a prestação de cuidados seja boa, enquanto zelosa e competente (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Também o artigo 88º refere-se à excelência do exercício. Diz que o enfermeiro procura essa excelência, e assume o dever, conforme a alínea f), de se abster de exercer funções sob a influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbações das faculdades físicas ou mentais (Ordem dos Enfermeiros, 2009), sendo estas substâncias o álcool e/ou substâncias psicoactivas. Estas substâncias provocam perturbações, que mesmo em doses relativamente pequenas, potenciam efeitos indesejáveis e comprometedoras, condicionando o tempo de reacção, a capacidade de atenção e o controlo motor, cuja duração de acção depende de indivíduo para indivíduo. Desta forma, o indivíduo que está sob este efeito estará menos apto a nível psicomotor e menos seguro para o exercício das suas funções no serviço; no caso dos enfermeiros, estas perturbações condicionam o desempenho técnico e humano, podendo colocar o utente ao seu cuidado numa situação de risco ou vulnerabilidade (Ordem dos Enfermeiros, 2003). Assim, o enfermeiro deve abster-se de exercer funções se consumir álcool ou outras substâncias psicoactivas, como forma de garantir as suas plenas capacidades mentais e físicas no desempenho das funções.

Assim, surge outra pergunta: sendo os enfermeiros um grupo com uma imagem social favorável e um papel social reconhecido será que estes apresentam níveis de consumo mais elevados que a sociedade em geral e em particular com os grupos sociais equiparados, mas

têm receio em exprimi-los? E, será que pelo grau académico e conhecimento científico na área da saúde, estes terão maior dificuldade em exprimir as suas fragilidades?

Apesar do AUDIT ser uma escala testada internacionalmente alguns dos enfermeiros acrescentam no questionário, 0 copos na questão 2, o que faz pensar que esta hipótese de resposta devia de estar contemplada, se bem que, o facto de quem quer responder 0 nesta questão, ao responder 1 ou 2 não altera em nada o *score* final.

Uma pontuação maior ou igual a um, nas questões 2 e 3, podem indicar um consumo de risco, segundo Babor (2001). Assim pode-se afirmar que, neste estudo, na questão 2 e 3 existe 8 e 12 enfermeiros, respectivamente, com potencial risco de consumo.

O mesmo autor refere que a presença de pontuação acima de zero, nas questões 4 a 6, indicia início de dependência alcoólica, pelo que foi detectado que existem 2 enfermeiros na pergunta 4 e 3 na pergunta 5, que pontuam mais do que zero.

Analisando as perguntas de 7 a 10, pode-se verificar, de acordo com Babor (2001), que se existir pontuação nestas questões, indicam que os inquiridos já vivenciaram problemas relacionados com o álcool. Desta forma, no presente estudo pode-se constatar que pontuaram acima de zero, na sétima questão 6 enfermeiros; na questão oito, 2 enfermeiros e na questão nove, um enfermeiro.

O *score* do AUDIT é a soma das 10 questões e o seu limite máximo de pontuação é de 40 pontos. No patamar mais elevado, onde se encontram em nível elevado os problemas com o álcool, em pontuações superiores a 16, não ocorreu nenhum caso. Quanto à pontuação, de 8 a 15, que indica um nível médio de problemas relacionados com o álcool, surge neste estudo 1 enfermeiro com pontuação igual a 8. Quanto à pontuação que indica consumo de baixo risco ou abstinência, pontuação de 0 a 7, positivamente, nesta amostra, constata-se que pontuam nesta margem os restantes inquiridos.

Analisando o quadro de *score* total do AUDIT, verifica-se, que neste estudo, a maioria não apresenta consumos de risco, pelo que poder-se-á dizer que não levanta grandes preocupações a este nível.

Contudo, é importante reflectir: há enfermeiros que apresentam consumos de risco, que indiciam dependência alcoólica e que também já vivenciaram problemas relacionados com o álcool. Na reflexão destes resultados, são suscitadas algumas questões, tais como: será que os enfermeiros que responderam que quando não realizaram as suas funções ditas normais, devido ao consumo, estas seriam na sua actividade profissional? Os enfermeiros com risco de dependência alcoólica não comprometerão os cuidados por eles prestados? Quando os enfermeiros mencionaram ter causado ferimentos a si ou noutras pessoas terá sido durante a actividade profissional? E, terão os enfermeiros em risco de dependência a necessidade de consumir bebidas alcoólicas durante o seu horário laboral?

Relativamente, às conclusões retiradas segundo a pontuação, pensa-se ser importante e vantajosas formações, em grupo, com o objectivo de aprofundar os enfermeiros sobre esta temática e a importância da redução do consumo de álcool, particularmente numa profissão cujas responsabilidades são uma constante, como é em Enfermagem.

O consumo de álcool é promotor de graves problemas tanto sociais como pessoais. A despesa total na Europa é cerca de 17 biliões de euros, dos quais 5 biliões são investimento em prevenção e tratamento do consumo nocivo de álcool e da dependência alcoólica (Andersen e Baumberg, 2006).

Quanto ao objectivo proposto inicialmente, conhecer o consumo de bebidas alcoólicas à semana ou ao fim-de-semana, nas seis refeições diárias dos enfermeiros, verifica-se que o consumo durante o fim-de-semana aumenta numa refeição, sendo quatro à semana (meio da manhã, almoço, jantar e ceia) e cinco ao fim-de-semana (meio da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia).

Neste sentido, surge uma questão que se evidencia pertinente: haverá influência nos consumos de álcool dos enfermeiros à semana e ao fim-de-semana, relativamente à sociedade em geral, devido ao seu horário rotativo e à oportunidade de folgas fora do normal da sociedade?

Analisando os consumos à semana constata-se que os maiores consumos, ou seja, mais *unidades-padrão* de bebida consumida, ocorrem à hora do almoço e ao jantar.

Relativamente ao fim-de-semana, verifica-se consumos consideráveis, nas cinco refeições, embora o jantar e a ceia apresentem maior número em *unidade-padrão*, chegando a 3 *u.p.* De acordo, com estes resultados pode-se afirmar que embora o horário de alguns enfermeiros seja rotativo, principalmente em Portugal, a grande maioria dos enfermeiros espanhóis têm como vantagem realizarem turnos fixos, fazendo o mesmo horário, embora com folgas em dias alternados, o que permite, a muitos deles, a oportunidade de socialização ao fim de semana.

Segundo Schuckit (1998), cerca de dois terços dos homens e 50% das mulheres nos países ocidentais não bebem apenas ocasionalmente, o que nos remete para a situação relatada sobre o consumo dos enfermeiros, uma vez que estes não consomem apenas ocasionalmente, mas também nas refeições principais.

Neste estudo, o autor, pretendeu recolher o máximo de informação pertinente para concretizar os seus objectivos propostos. Quanto à pontuação total do AUDIT, haverá alguma influência na pontuação relativamente a alguma das variáveis em estudo?

Após a análise do quadro, relativo à existência ou não de influência das variáveis independentes no *score* total do AUDIT, verifica-se que apenas o *género* influencia no aumento da pontuação do AUDIT, sendo os homens os que apresentam maior pontuação. Nesta perspectiva, e de acordo com a realidade actual de Enfermagem, embora seja um “mundo” liderado por um maior número de mulheres, estas conseguem ter maior controlo ou tabu nos seus consumos? Embora, as restantes variáveis não apresentem diferenças estatisticamente significativas não se pode afirmar que apesar disso, as variáveis não apresentem diferenças estatísticas entre as mesmas.

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas à semana, e após estudo estatístico relativamente à presença de diferenças estatisticamente significativas nas variáveis independentes em estudo, pode-se verificar que existem diferenças nas variáveis *tipo de serviço*, *género*, *tempo de exercício profissional* e *vínculo à instituição*, em diferentes refeições. Quanto à variável *tipo de serviço* esta apresenta diferenças estatisticamente significativas ao meio da manhã e à ceia, sendo nos dois os enfermeiros do serviço de Urgências os que mais consomem. No *género*, constata-se que há diferenças

estatisticamente significativas, ao almoço e ao jantar e verifica-se que os homens apresentam maiores consumos do que as mulheres. Realidade, que não se constata ao fim de semana, uma vez que não existem estas diferenças em nenhuma das refeições. No seguimento desta constatação, será que se pode concluir que as mulheres bebem mais ao fim-de-semana?

A diferença estatisticamente significativa do *vínculo à instituição* dos enfermeiros pode sugerir que os enfermeiros estão mais propensos ao consumo de álcool ao almoço, dependendo da ligação que estes têm com a instituição. Não serão mais propensos ao consumo elevado os enfermeiros quando o vínculo à instituição é provisório ou pelo contrário será mais elevado quando estes estão já no quadro da instituição?

Também se verifica que, ao jantar, os enfermeiros com mais anos de exercício profissional apresentam maiores consumos de bebidas alcoólicas. Poderá a experiência profissional dar mais à vontade para o consumo de álcool?

Como se refere anteriormente, ao fim-de-semana, os enfermeiros consomem em mais uma refeição comparativamente à semana, este dado, pode relacionar-se com o facto dos enfermeiros madrilenos terem um horário, cujos turnos são fixos e apesar de trabalharem aos fins-de-semana, conseguem quando estão de folga manter as mesmas actividades praticamente às mesmas horas.

De acordo com a análise do gráfico relativo ao consumo de bebidas alcoólicas ao fim-de-semana *versus* variáveis independentes, pode-se concluir que as variáveis que influenciam estes consumos são: *tipo de serviço, idade, estado civil e tempo de exercício profissional*. Da mesma forma, como acontece à semana, o *tipo de serviço* tem influência no consumo dos enfermeiros, sendo neste caso igualmente superior nos enfermeiros das Urgências, embora seja ao lanche. Relativamente à *idade*, esta apresenta diferença estatisticamente significativa, à ceia, diferença que pode estar associada ao facto de Madrid ter uma noite apelativa e de socialização, levando os enfermeiros mais jovens a desfrutar do lazer juntamente com o consumo mais elevado de álcool. Também e podendo estar associado à idade, temos o *estado civil*, já que apresenta diferença estatisticamente significativa à ceia. Por isso, surge uma pergunta: será que os enfermeiros jovens e

solteiros não são mais aliciados pelo consumo de álcool? Terá esta associação algo relacionado com falta de apoio para ultrapassar os problemas do trabalho ou representa esta somente um momento de lazer?

No que se refere às diferenças estatisticamente significativas apresentadas do *tempo de exercício profissional*, ao almoço e à ceia, constata-se que os enfermeiros que consomem bebidas alcoólicas ao almoço exercem a actividade profissional há mais tempo do que os que ingerem à ceia. Reflectindo nesta situação pode-se relacionar com a idade dos enfermeiros, já que ao almoço são os que têm mais anos de experiência e desta forma também mais idade. Os mais experientes encontram-se numa idade cujas actividades de lazer são o convívio familiar proporcionando maiores consumos nessas alturas, enquanto, os mais novos apreciam convívios nocturnos com amigos e/ou companheiros de profissão.

V. CONCLUSÃO

Uma ciência necessita de estar constantemente em evolução e para isso é necessário que os profissionais trabalhem com interesse no sentido de fomentar a investigação e adquirir novos conhecimentos. Para isso, é necessário um grande investimento pessoal e profissional no sentido de procurar responder às necessidades da profissão e desta forma, enriquecerem a diversos níveis, nomeadamente: científico, profissional e pessoal.

Este estudo pretendeu não só reflectir sobre a importância da redução do consumo do álcool, uma vez que é prejudicial tanto a nível fisiológico como social, mas também alertar os profissionais para uma problemática da qual podem ser vítimas por consequência de um desgaste profissional. Os enfermeiros executam muito mais do que meras técnicas, são eles que cuidam das pessoas e como pessoas também necessitam que cuidem deles.

No que respeita aos objectivos académicos estipulados, entre eles, o aprofundar os conhecimentos na área da investigação em enfermagem e entender a investigação como metodologia de trabalho e de produção de conhecimento, pode-se concluir que os objectivos foram atingidos. Os conhecimentos adquiridos através da pesquisa bibliográfica foram bastante enriquecedores e apesar da temática do álcool ser estudada com relativa frequência, o estudo realizado aos enfermeiros foi pertinente, já que é praticamente um tema tabu entre os profissionais desta área, negando muitas vezes entre eles, a necessidade de tratamento para combater esta situação.

Sendo o alicerce do estudo, os objectivos gerais da investigação, deve-se reflectir se os mesmos foram concretizados. Nesta perspectiva, os resultados permitem afirmar que os objectivos planificados foram alcançados com sucesso.

As dificuldades sentidas durante a concretização do trabalho relacionam-se com a gestão de tempo, já que existe uma diversidade de actividades académicas e apesar de se ter iniciado relativamente cedo, o período de férias foi curto, devido à participação da autora em ERASMUS, em Madrid e também pela constante sensação de aperfeiçoamento e o entusiasmo em compreender melhor os fenómenos desta investigação; outra dificuldade, foi o limite de páginas para a realização do trabalho, uma vez que é um estudo com um

enorme leque de gráficos e teve-se de optar por limitar o estudo, não sendo possível aprofundar o estudo dos dados obtidos; por fim, sentiram-se alguns obstáculos na revisão bibliográfica relativamente ao consumo de álcool pelos enfermeiros, porque existem poucos estudos sobre esta problemática e os que existem são de autores estrangeiros.

A realização deste trabalho foi sem dúvida muito gratificante, sendo o reflexo de um grande investimento pessoal e empenho profissional. Na opinião da autora, não se reflecte como o fim de um estudo, mas sim o início de muitos outros sobre a mesma temática, explorando as dificuldades e os problemas que os profissionais possuem dado a sua responsabilidade perante a sociedade e perante a manutenção de vidas.

Em suma, um enfermeiro deve ser um cuidador por excelência. Além de desempenhar um papel fulcral na conservação da qualidade de vida dos seus utentes, jamais poderá esquecer que antes de profissional, ele também é pessoa e que possui necessidades e debilidades.

VI. BIBLIOGRAFIA

Alvarenga, P., Andrade, A. (2008). *Fundamentos de psiquiatria*. Brasil, Manole.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa, Climepsi.

Andersen, P. e Baumberg, B. (2006). *El alcohol en Europa. Una perspectiva de salud pública*. Reino Unido: Institute of Alcohol Studies.

Babor, T., Biddle, J., Saunders, J., Monteiro, M. (2001). *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test – Guidelines for Use in Primary Care*. Switzerland, World Health Organization.

Borges, C. e Filho, H. (2004). *Alcoolismo e toxicodpendência: manual técnico 2*. Lisboa, Climepsi.

Collière, M. (1999). *Promover a vida*. Lisboa, Lidel.

Collière, M. (2003). *Cuidar: A primeira arte da vida*. Loures, Lousociência.

Correia, N. (2007). Factores Predisponentes do consumo de Substâncias Psicoactivas em Enfermeiros, *Revista Sinais Vitais*, 75(11), pp. 50-54.

Dunn, D. (2005). AORN Journal. *Substance abuse among nurses – defining the issues*, 82 (4). [Em linha]. Disponível em <http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_4_82/ai_n15754444/>. [Consultado em 21/11/2009].

Dunn, D. (2005). AORN Journal. *Substance abuse among nurses – intercession and intervention*, 82 (5). [Em linha]. Disponível em

<http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_5_82/ai_n15866283/>. [Consultado em 21/11/2009].

Dwyer, D., Holloran, P., Karen, W. (2002). Connecticut Nursing News. *Why didn't I know? The reality of impaired nurses*, (3). [Em linha]. Disponível em <http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3902/is_200203/ai_n9046754/pg_2/?tag=content;col1>. [Consultado em 21/11/2009].

Edwards G., Marshall E., Cook C. (2005). *O tratamento do alcoolismo – um guia para profissionais de saúde*. Porto alegre, Artmed.

Fernandez, F. (1982). *Compendio de psiquiatria*. Madrid, Editorial Oteo.

Figueiredo, N. (1995). Dama de negro X Dama de branco: o cuidado e a fronteira vida e morte, *Revista de Enfermagem VERJ*, 3 (2), pp. 139-149.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação, da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Gaspar, P. (1997). Enfermagem: profissão de risco de desgaste, *Revista Nursing*, 109 (3), p.23.

Grauvogl, C. (2005). Addiction Professional. *A non-punitive approach for impaired nurses: Calif. program balances treatment, monitoring*, (11). [Em linha]. Disponível em http://findarticles.com/p/articles/mi_m0QTQ/is_6_3/ai_n25118729/?tag=content;col1>. [Consultado em 21/11/2009].

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital*. Loures, Lusociência.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem – pensamento e acção na perspectiva de cuidar*”. Loures, Lusociência.

Lonzero P., Ladero J., Leza J. e Lizasoain I. (2001). *Drogodependencias: Farmacología, Patología, Psicología, Legislación*. Madrid, Editorial Medica Panamericana.

Lots of essays. [Em linha]. Disponível em <<http://www.lotsofessays.com/viewpaper/1687110.html>>. [Consultado em 21/11/2009]

Mello, M., Barrias, J., Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa, Direcção Geral da Saúde.

Nunes, L. e Jólluskin, G. (2007). *Drogas e comportamentos de adicção: um manual para estudantes de saúde*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

Organización Mundial de la Salud - Glosario de términos de alcohol y drogas [06-02-2010]
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Dentológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estatuto. Nova redacção conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Portal do Instituto Nacional de Estatística. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ine.pt>>. [Consultado em 21/11/2009].

Rehfeldt, K. (1989). *Álcool e trabalho – prevenção e administração do alcoolismo na empresa*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universit.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros - REPE. (2006). Direcção dos Sindicatos dos Enfermeiros Portugueses.

Santos, G. (1996). O ser no mundo: vida e morte, *Enfermagem Revista Belo Horizonte*, 5 (5), pp. 21-23.

Schuckit, A. (1998). *Abuso de álcool e drogas*. Lisboa, Climepsi.

Raia, S. (2004). *New Jersey Nurse. The Problem of Impaired Practice*, (9). [Em linha]. Disponível em <http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4080/is_200409/ai_n9437604/?tag=content;col1>. [Consultado em 21/11/2009].

Talbert, J. (2009). *Clinical Journal of Oncology Nursing. Substance abuse among nurse*. 13(1, 2), pp. 17-19.

Topor, P. (2007). *Guia prático Climepsi de alcoologia*. Lisboa, Climepsi.

Trinkoff, A., Storr, C. (1998). *American Journal Public Health. Substance abuse among nurses: differences between specialties*, 88(4), pp.581-585.

Zeferino, M. Santos, V., Radünz, V., Carraro, T., Frello, A. (2006). *Revista Enfermagem UERJ. Enfermeiros e uso abusivo de drogas: comprometendo o cuidado de si e do outro*, 14(4), pp. 599-604.