

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SILVANA BOEIRA ZANELLA

**DESENVOLVIMENTO DE QUESTIONÁRIO AVALIATIVO PARA GRUPOS DE
APOIO AO DIABETES MELLITUS**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SILVANA BOEIRA ZANELLA

**DESENVOLVIMENTO DE QUESTIONÁRIO AVALIATIVO PARA GRUPOS DE
APOIO AO DIABETES MELLITUS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Vanessa Luiza Tuono Jardim

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **DESENVOLVIMENTO DE QUESTIONÁRIO AVALIATIVO PARA GRUPOS DE APOIO AO DIABETES MELLITUS** de autoria do aluno **SILVANA BOEIRA ZANELLA** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

Profa. Dra. Vanessa Luiza Tuono Jardim
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Agradeço em primeiro lugar a Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada.

Agradeço também a minha colega, Rosangela Nery Barreto que de forma especial e carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades, quero agradecer também a minha mãe Elzira Boeira Zanella que embora não tivessem conhecimento disto, mas iluminou de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

Agradeço aos professores do curso e a minha professora orientadora professora Vanessa Luiza Tuono Jardim pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

E agradeço também de forma especial a enfermeira Marilda Bariviera que disponibilizou o grupo de diabéticos no qual ela coordena para poder disponibilizar o questionário aos participantes.

SUMÁRIO

1	RESUMO.....	1
2	INTRODUÇÃO.....	2
3	OBJETIVOS.....	5
3.1	OBJETIVOS GERAIS.....	5
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	5
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
4.1	DIABETES MELLITUS.....	6
4.2	ALCOOLISMO.....	8
4.3	EDUCACÃO EM SAUDE-GRUPOS DE APOIO.....	16
5	MÉTODO.....	18
6	RESULTADO E ANÁLISE.....	20
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
8	REFERÊNCIAS.....	22
9	APENDICE.....	
9.1	APENDICE 1- QUESTIONARIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL.....	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Bebidas de Consumo Comum e seu Conteúdo de Etanol¹.....10

Tabela 2. Teor Alcoólico médio, drinque padrão (dose) e quantidade aproximada de álcool absoluto (em gramas) por medida padrão para vinho, cerveja e destilados.....10

Tabela 3. Distúrbios Clínicos Relacionados ao Álcool.....11

1 RESUMO

Diabete Mellitus e um transtorno metabólico de etiologia heterogênea. E um problema de saúde considerado condição sensível à Atenção Primária.

Os efeitos da ingestão de álcool têm sido constantemente investigados como possível fator de risco modificável para o desenvolvimento da doença.

Através da educação em saúde que possibilita ao profissional da saúde e o sujeito de sua ação elaborar A estratégias individuais e coletivas das necessidades, expectativas e circunstancias de vida que influenciam a saúde, e que se pensou na elaboração de um Questionário Avaliativo sobre diabetes e alcoolismo, prevenindo complicações e melhorando a qualidade de vida de portadores de diabetes mellitus.

2 INTRODUÇÃO

O termo “Diabetes Mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e /ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

O Diabetes configura-se hoje como uma epidemia mundial, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo, sendo considerada condição sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (ALFRADIQUE,2009).

A prevalência de Diabetes Mellitus nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões em 2030. De acordo com pesquisa realizada pela vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas, Porto Alegre é a terceira capital com maior número de pessoas com DM, cerca de 6,3% (20011- Caderno de Atenção Básica). É Estimado que o Brasil passe da 8ª posição com prevalência de 4,6% em 2000, para a sexta posição 11,3% em 2030. Os fatores de risco relacionados aos hábitos alimentares e estilo de vida da população estão associados a este incremento na carga de diabetes globalmente (OMS, 2003).

No entanto, o diabetes mellitus (DM) pode permanecer assintomático por longo tempo e sua detecção clínica é frequentemente feita, não pelos sintomas, mas pelos seus fatores de risco. Por essa razão, é importante que as equipes de Atenção Básica estejam atentas, não apenas para os sintomas de diabetes, mas também para seus fatores de risco (hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo e obesidade). A abordagem terapêutica dos casos detectados, o monitoramento e o controle da glicemia, bem como o início do processo de educação em saúde são fundamentais para a prevenção de complicações e para a manutenção de sua qualidade de vida (prevenção terciária). Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos. A programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com DM na Atenção Básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida (MEV), o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas.

O abuso de álcool é a situação mais comum que encontramos na Atenção Básica. A abordagem ao alcoolismo tem como objetivo a detecção precoce de problemas relacionados, além da integração do tratamento de outras patologias agravadas pelo álcool, como por exemplo, a hipertensão e a diabetes. A pessoa dependente de hoje já percorreu uma longa trajetória, e essa pessoa certamente encontrará um profissional de saúde que terá a oportunidade de perceber o risco desse uso crescente e intervir. Neste nível de cuidado, é possível reconhecer sinais e sintomas de abuso de álcool, discutir o risco envolvido, fazer orientações contrárias ao consumo abusivo nas famílias e encaminhar os pacientes para serviços especializados quando indicado. É importante que se mostre claramente as consequências clínicas, psicológicas e sociais do uso contínuo de álcool.

Dados de uma Coorte Sueca em 2012 concluíram que a ingestão de álcool foi associada ao risco de pré-diabetes e DM2, quando ocorre alta ingestão específica de destilados ou de cerveja. Um estudo publicado no American Journal Clinical Nutrition em janeiro de 2013 os autores concluíram que um padrão de ingestão alcoólica elevado, mesmo de forma irregular aumenta o risco de DM2 quando comparado ao consumo semanal moderado (média de 5-6 doses= 99 a 160g/etanol). (2010, BURGOS). Em artigo publicado sobre o livro Drogas no Ambiente de Trabalho do autor Alberto Chaves de Oliveira (Dr. Laco), esclarece que é preciso considerar a medida aconselhada pela OMS (Organização mundial de saúde), e que para o paciente com diabetes, esse limite deve ser ainda inferior. O álcool interfere na metabolização da glicose. O fígado percebe que está consumindo uma substância que deve ser rapidamente metabolizada. Começa então uma competição em toda a função hepática. A metabolização da glicose fica “para trás”. Por isso, o seu uso é tão perigoso para quem tem diabetes.

O resultado no controle do diabetes advém da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento destes pacientes, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade (2013, CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA DIABETES). Portanto, fazer uma intervenção educativa, sistematizada e permanente é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde. A assistência de enfermagem para pessoas com diabetes precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas,

mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar as vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos, por isso a elaboração de um Questionário Avaliativo sobre diabetes e uso de álcool é de suma importância para possíveis intervenções.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver questionário avaliativo sobre diabetes e alcoolismo para grupos de apoio a fim de instrumentalizar os profissionais da Saúde, e pacientes para o desenvolvimento do processo educativo, no planejamento das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde no Sistema Único de Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1- Desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico.
- 2- Proporcionar um maior esclarecimento à população, melhorando a qualidade de vida de portadores de diabetes e minimizar custos com internações, medicações e exames assim como os danos que o álcool possa trazer a saúde.
- 3- Orientar a população a buscar os serviços de saúde quando perceber os sintomas relacionados aos temas tratados e também sobre fatores de riscos e meios de prevenção.
- 4- Orientar sobre a detecção precoce de problemas relacionados aos temas propostos.
- 5- Orientar sobre os meios de prevenção;

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1. Diabetes Mellitus

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1999).

A apresentação do diabetes tipo 1 é em geral abrupta, acometendo principalmente crianças e adolescentes sem excesso de peso. Na maioria dos casos, a hiperglicemia é acentuada, evoluindo rapidamente para cetoacidose, especialmente na presença de infecção ou outra forma de estresse. Assim, o traço clínico que mais define o tipo 1 é a tendência à hiperglicemia grave e cetoacidose. O termo “tipo 1” indica o processo de destruição da célula beta que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune (tipo 1 autoimune ou tipo 1A), que pode ser detectado por auto anticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina. Em menor proporção, a causa é desconhecida (tipo 1 idiopático ou tipo 1B). A destruição das células beta em geral é rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), mas pode ocorrer também em adultos.

O DM tipo 2 costuma ter início insidioso e sintomas mais brandos. Manifesta-se, em geral, em adultos com longa história de excesso de peso e com história familiar de DM tipo 2. No entanto, com a epidemia de obesidade atingindo crianças, observa-se um aumento na incidência de diabetes em jovens, até mesmo em crianças e adolescentes.

O termo “tipo 2” é usado para designar uma deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção, o qual é menos intenso do que o observado no diabetes tipo 1. Após o diagnóstico, o DM tipo 2 pode evoluir por muitos anos antes de requerer insulina para controle. Seu uso, nesses casos, não visa evitar a cetoacidose, mas alcançar o controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose nesses casos é rara e, quando presente, em geral é ocasionada por infecção ou estresse muito grave. A hiperglicemia desenvolve-se lentamente, permanecendo assintomática por vários anos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

A doença acomete pessoas de todas as idades e níveis socioeconômicos sendo que o número de diabéticos não diagnosticados e mal controlados é expressivamente elevado. O controle inadequado do diabetes representa ameaça ao longo da vida do paciente, pois favorece a precocidade e o risco aumentado de doenças coronarianas, acidentes vasculares cerebrais, cegueira, insuficiência renal, amputações dos membros inferiores, morte prematura e outros agravos a saúde (GROSSI, 2001).

A programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com DM na Atenção Básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida (MEV), o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas.

A avaliação inicial visa determinar se existe um problema associado que requeira tratamento imediato ou investigação mais detalhada. Para estabelecer um plano terapêutico é preciso classificar o tipo de diabetes e o estágio glicêmico

A maioria das complicações inerentes à doença é altamente incapacitante para a realização das atividades diárias e produtivas, compromete a qualidade de vida e o tratamento é extremamente oneroso para o sistema de saúde. Portanto, sendo o diabetes uma doença que exige toda uma vida de comportamentos especiais de autocuidado, é necessária uma maior sensibilização e capacitação profissional nas ações de educação com esses clientes, assim, a educação assume um papel significativo na terapêutica do diabético.

O tratamento do diabetes mellitus (DM) consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares.

Algumas ações podem prevenir o diabetes e suas complicações. Essas ações podem ter como alvo rastrear quem tem alto risco para desenvolver a doença (prevenção primária) e assim iniciar cuidados preventivos; além de rastrear quem tem diabetes, mas não sabe (prevenção secundária), a fim de oferecer o tratamento mais precoce.

A importância de se investir no controle e prevenção das complicações, bem como nas limitações impostas pela doença, emerge da necessidade de fomentar as práticas de educação em saúde junto a esta clientela como estratégia de intervenção de enfermagem que oferecem

possibilidades de acesso a informações e conhecimentos específicos, norteadores das escolhas e decisões dos pacientes quanto ao seu autocuidado.

4.2. Alcoolismo

O alcoolismo é definido como uma doença crônica e de complexa natureza no qual, o indivíduo consome álcool sem limites em grandes quantidades, tornando-se progressivamente dependente e tolerante aos efeitos tóxicos. De acordo, com a literatura o consumo moderado do álcool reduz o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, no entanto, seu consumo abusivo traz imensuráveis consequências negativas para a saúde e altos custos para o sistema de saúde.

O alcoolismo pode ser classificado em primário e secundário: Primário (70 a 80% dos casos) onde as pessoas que desenvolvem problemas significativos em suas vidas, orgânicos e psicossociais, devido ao consumo crônico de álcool. No alcoolismo secundário o paciente possui distúrbio psiquiátrico primário com problemas de alcoolismo associado. Assim por exemplo, problemas graves relacionados ao álcool podem ocorrer na vigência de mania ou de um distúrbio anti-social da personalidade. Tais problemas, na verdade, representam sintomas do diagnóstico primário, e é provável que a evolução seja a do distúrbio primário, e não a do alcoolismo. O alcoolismo por abuso e por dependência denota dependência psicológica, isto é, a necessidade de álcool para um adequado "funcionamento", junto com o eventual consumo excessivo do produto, e com a continuação do hábito apesar da emergência de problemas sociais e ocupacionais. A dependência alcoólica entende-se existir um comprometimento similar, somado às evidências de uma tolerância maior ao etanol, ou à presença de sinais físicos, ante a abstinência alcoólica.

Apesar de ser legal e possuir grande aceitação em meio à sociedade, o álcool é uma droga, uma vez que tem efeitos no Sistema Nervoso Central, provocando alterações da percepção, da motricidade, dos reflexos, da capacidade de avaliação das situações, mudança de comportamento e pode provocar dependência física e psíquica. O uso excessivo e prolongado do álcool pode irritar a mucosa estomacal, causando a gastrite. Essa confere muito desconforto ao portador, uma vez que causa ardência, queimação e dores de cabeça. Outras consequências ainda mais graves são: o aumento da pressão arterial, problemas no coração e pâncreas, hepatite e cirrose (resultado final de anos de agressões ao fígado, em que ocorre um processo caracterizado por fibrose).

O abuso de álcool é a situação mais comum que encontramos na Atenção Básica. A abordagem ao alcoolismo na Atenção Básica tem como objetivo a detecção precoce de problemas

relacionados, além da integração do tratamento de outras patologias agravadas pelo álcool, como, por exemplo, a hipertensão e diabetes. Recomenda-se que o generalista avalie o padrão de consumo de álcool como rotina, desde a adolescência. A pessoa dependente de hoje já percorreu uma longa trajetória de uso crescente do álcool. Ao longo dessa trajetória, essa pessoa certamente encontrará um profissional de saúde, geralmente da Atenção Básica, que terá a oportunidade de perceber o risco desse uso crescente e intervir. Neste nível de cuidado, é possível reconhecer sinais e sintomas de abuso de álcool, discutir o risco envolvido, fazer orientações contrárias ao consumo abusivo nas famílias e encaminhar os pacientes para serviços especializados quando indicado. É importante que se mostre claramente as consequências clínicas, psicológicas e sociais.

Em portadores de diabetes o álcool induz a hipoglicemia, agrava a hipertrigliceridemia e predispõe a esteatose hepática, favorece a cetogênese e acidose metabólica, interage com drogas e altera o estado mental, interferindo no padrão alimentar usual e induzindo a erros na dosagem de insulina (NETO, 2003). Se o portador de diabetes estiver de estômago vazio e beber, o efeito do álcool no organismo pode levar à hipoglicemia. Os sintomas são parecidos com a embriaguez, e se a pessoa não for socorrida a tempo poderá entrar em coma diabético (FRANCO, 2005). O abuso de álcool provavelmente provoca hipoglicemia com mais frequência que qualquer outra causa. A ingestão de etanol pode provocar hipoglicemia pós-prandial em pessoas normais bem nutridas que se ocupam de beber “socialmente”. A hipoglicemia de jejum relacionada à ingestão de etanol ocorre em usuários crônicos de álcool, em especial desnutridos. A situação que mais provavelmente provoca hipoglicemia é a interrupção da ingesta alimentar e a ingesta continuada de álcool seguindo-se por mais de 10 a 20 horas. O álcool só induz hipoglicemia depois de um período de jejum suficiente para esgotar as reservas hepáticas de glicogênio. Não há necessidade de grandes quantidades de etanol para produzir hipoglicemia. O álcool inclui-se entre os três agentes farmacológicos mais comuns que causam hipoglicemia além da insulina e as sulfoniluréias. (Nicolau, 2014).

A absorção do etanol ocorre de forma rápida e completa através do tubo gastrointestinal e é detectado no sangue minutos após a ingestão. Na distribuição do etanol, cerca de 25% do etanol penetra a corrente sanguínea proveniente do estômago e 75% do intestino, mas muitos fatores modificam a absorção gastrointestinal, entre eles a alimentação, a velocidade de ingestão, a concentração, o volume e o tipo de bebida alcoólica, além de variações na motilidade gastrointestinal. O etanol atravessa rapidamente as membranas biológicas e equilibra-se rapidamente na água corporal total. Na eliminação do etanol aproximadamente 90% a 98% são

removidas pelo metabolismo no fígado e o restante é excretado pelos rins, pulmões e pele. Quando a ingestão é interrompida os níveis sanguíneos caem cerca de 10 a 25 mg/dl/hora. Os níveis sanguíneos de álcool continuam a aumentar quando um indivíduo bebe mais rápido do que metaboliza. A oxidação do etanol e acetaldeído pela álcool-desidrogenase no fígado é a etapa velocidade-limitante mais significativa clinicamente, sendo responsável por mais de 90% do metabolismo do etanol in vivo. O acetaldeído é convertido a acetato pela aldeído-desidrogenase, numa etapa metabólica com importantes repercussões clínicas. Nos tecidos periféricos, o acetato derivado do acetaldeído é convertido em acetilcoenzima-A e, posteriormente, em CO₂, e água. A oxidação completa do etanol produz 7,1 kcal/grama. Descrevemos na tabela 1 a relação de bebidas alcoólicas e seu conteúdo de etanol.

Tabela 1. Bebidas de Consumo Comum e seu Conteúdo de Etanol¹.

Tipo de bebidas	Quantidade correspondente a 1 drinque-padrão ou 15g de etanol*
Cerveja (5% de etanol)	340ml (1 garrafa de cerveja = aprox. 30g de álcool)
Destilados (conhaque, brandy, uísque, vodca, rum e cachaça) (40 a 65% etanol)	43ml a 25ml (1 dose = aprox. 15g de álcool)
Vinho de mesa (11% de etanol)	142ml (1 garrafa = 5,5 drinques = aprox. 82g de álcool)
Vinhos fortificados (vermute, Sherry, Porto) (18% de etanol)	85ml (1 dose – aprox. 7,5g de álcool)

*Entre parênteses, a apresentação para o consumo social habitual.

¹ O alcoólatra pode ser definido como o consumidor regular de quatro drinques/dia (60g de álcool), nos últimos seis meses (Skinner et al.).

www.psiquiatriageral.com.br/farma/alcoolismo.htm

Na tabela 2 refere-se ao teor alcoólico médio e o drinque padrão relacionada com a quantidade aproximada de álcool absoluto.

Tabela 2. Teor Alcoólico médio, drinque padrão (dose) e quantidade aproximada de álcool absoluto (em gramas) por medida padrão para vinho, cerveja e destilados

Bebida	Teor alcoólico médio (%)	Medida padrão (ml)	Quantidade aproximada de álcool absoluto por medida
Vinho	11	1 taça (140)	15g
Cerveja	4	1 taça (350)*	
Destilados	45	1 dose (35)	

*2 latas = 1 garrafa

www.psiquiatriageral.com.br/farma/alcoolismo.htm

As equivalências de dose padrão referenciadas no Caderno de Atenção Básica Nº 34 do Ministério da Saúde:

CERVEJA: 1 chope/1 lata/1 *longneck* (~340ml) = 1 DOSE ou 1 garrafa = 2 DOSES

VINHO: 1 copo comum (250ml) = 2 DOSES ou 1 garrafa (1l) = 8 DOSES

CACHAÇA, VODCA, UÍSQUE ou CONHAQUE: meio copo americano (60ml) = 1,5 DOSES ou 1 garrafa = mais de 20 DOSES

UÍSQUE, RUM, LICOR etc: 1 dose de dosador (40ml) = 1 DOSE

Embora as evidências atuais sugiram que o álcool exerce um efeito tóxico direto no fígado, somente 10 a 20% dos alcoolistas crônicos desenvolvem um dano significativo nesse órgão. Alguns fatores adicionais (por exemplo, genéticos, nutricionais, ambientais) podem ser importantes na patogênese da doença alcoólica hepática. O fígado adiposo é a anormalidade observada mais comumente nos alcoolistas crônicos. Os pacientes são assintomáticos, pode detectar-se hepatomegalia e anormalidades brandas na enzima do fígado. Acredita-se que a enfermidade seja reversível se houver interrupção da ingestão de álcool. A hepatite alcoólica pode ser subclínica ou grave suficiente para conduzir a uma insuficiência hepática rápida e à morte. Necessita-se para o diagnóstico definitivo de uma biópsia do fígado. A cirrose alcoólica ou de Laennec é a causa mais comum da cirrose. O diagnóstico pode ser realizado somente através da biópsia do fígado. Na tabela 3 relaciona-se o consumo de álcool aos distúrbios clínicos relacionados. (Nicolau, 2014).

Tabela 3. Distúrbios Clínicos Relacionados ao Álcool

Sistema ou órgão afetado	Distúrbio
Nutrição	Deficiência de: Folato, tiamina, piridoxina, niacina e riboflavina Magnésio, zinco, cálcio Proteína
Cérebro	Encefalopatia hepática Síndrome de Wernicke-Korsakoff Atrofia cerebral Ambliopia Mielinólise pontina central Doença de Marchiafava-Bignami
Nervos	Neuropatia
Músculos	Miopatia
Fígado	Esteatose hepática Hepatite Cirrose Hepatoma
Coração	Hipertensão Cardiomiopatia Arritmia
Sangue	Anemia Leucopenia Trombocitopenia Macrocitose
Intestino	Esofagite e gastrite Pancreatite
Metabolismo e eletrólitos	Hipoglicemia Hiperlipidemia Hiperuricemia Cetoacidose Hipomagnesemia Hipofosfatemia
Endócrino	Síndrome pseudo-Cushing Atrofia testicular Amenorréia
Osso	Osteopenia

www.psiquiatriageral.com.br/farma/alcoolismo.htm

O estado nutricional do alcoólico pode variar amplamente, desde os indivíduos bem nutridos aos grupos socioeconômicos elevados até aqueles malnutridos abandonados nas ruas,

que vivem quase exclusivamente do álcool, com suas sete quilocalorias (29, 4 kJ) por grama, como única fonte energética. Esta “pobre” ingestão calórica não contribui para a nutrição, mas apenas para um suprimento energético. Nesta última situação, outras deficiências nutricionais, particularmente de ácido fólico e tiamina, ocorrem rapidamente e resultam em distúrbios como aqueles mencionados acima. Níveis circulantes sanguíneos baixos, com ou sem manifestações clínicas de doença, são observados também para piridoxina, ácido nicotínico, vitaminas A, D e E solúveis em gordura, cálcio, fósforo inorgânico, magnésio e zinco. Embora uma alta porcentagem de indivíduos alcoólicos com baixos níveis vitamínicos não apresente estigmas clínicos de deficiência, em muitos alcoólicos a má-nutrição concomitante pode resultar na presença de outros distúrbios e indubitavelmente é importante na influência extensa e capacidade para o reparo de lesões orgânicas. Acredita-se que exista uma variação na ingestão alcoólica que é tolerada sem que haja lesão hepática, desde que sob condições nutricionais ideais. Entretanto, também é aceito que haja um limiar de toxicidade para o álcool, além do qual nenhuma proteção é fornecida pela manipulação nutricional. Além da insuficiência cardíaca congestiva hipodinâmica (descrita anteriormente) como resultado direto da toxicidade do álcool ou do acetaldeído, acredita-se que a deficiência isolada de tiamina possa produzir uma insuficiência cardíaca hiperdinâmica. Em alguns alcoólicos as duas condições podem coexistir. Enquanto a deficiência de ácido fólico nos alcoólicos resulta em uma anemia megaloblástica e a deficiência de piridoxina em uma anemia sideroblástica, o efeito tóxico do álcool pode causar trombocitopenia e prejuízo na capacidade de combate à infecção.

Não existe um modo único ou infalível de reabilitar o alcoólatra, e as abordagens terapêuticas concentram-se sobre as medidas de suporte geral, que seguem, na verdade, as diretrizes de bom senso. O melhor é tornar as intervenções bem simples, seguras e mais baratas possíveis. Após vários dias de desintoxicação, sob supervisão médica, o paciente deve ser encaminhado a um programa de reabilitação, pois raramente o alcoolismo e o abuso de álcool podem ser tratados apenas pelo médico. O paciente necessita de estímulos visando desenvolver um alto nível de motivação para deixar de beber e ajustar-se à sua vida sem álcool. A seguir deve-se desenvolver manobras que ajudem o paciente a reajustar-se à vida sem álcool e a restabelecer um estilo de vida funcional, mediante aconselhamento, orientação vocacional, suporte familiar e aconselhamento sexual. O tratamento mais bem sucedido geralmente exige a participação ativa de membros da família, amigos e colegas, e o prognóstico é melhor para aqueles alcoólatras que ingressam no programa de tratamento antes do início dos distúrbios

médicos associados. Muitos pacientes e suas famílias acham úteis os grupos de suporte locais, como os Alcoólatras Anônimos e Al-Anon. Cerca de 50 a 70% dos alcoólatras de classe média, socialmente estáveis, conseguem alcançar a abstinência (Nicolau, 2014).

As intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas. Na Atenção Básica, o desenvolvimento de intervenções em saúde mental é construído no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários, em que ambos criam novas ferramentas e estratégias para compartilhar e construir juntos o cuidado em saúde.

Os profissionais de Saúde realizam diariamente, por meio de intervenções e ações próprias do processo de trabalho das equipes, atitudes que possibilitam suporte emocional aos pacientes em situação de sofrimento. Existem alguns questionários já consagrados e de fácil uso dos quais se podem lançar mão na Atenção Básica. Um deles é conhecido como Audit. Ele é composto por dez perguntas que investigam o padrão de uso de álcool nos últimos 12 meses. Cada resposta gera uma pontuação. O valor da soma das dez pontuações indica a presença e a intensidade dos problemas relacionados ao álcool (Tabela 4). Conforme os escores encontrados orienta-se a intervenção: escores de 0-7 (prevenção primária); escores de 8-15(orientação básica); escores de 16-19 (intervenção breve e monitoramento); e escores de 20-40 (encaminhamento para serviço especializado), (MS- CAB N° 34, 2013).Questionário no apêndice 1.

2.3. Educação em Saúde/ Grupos de Apoio

A assistência de enfermagem para a pessoa com DM precisa estar voltada para um processo de educação em saúde que auxilie o indivíduo a conviver melhor com a sua condição crônica, reforce sua percepção de riscos à saúde e desenvolva habilidades para superar os problemas, mantendo a maior autonomia possível e tornando-se corresponsável pelo seu cuidado. As ações devem auxiliar a pessoa a conhecer o seu problema de saúde e os fatores de risco correlacionados, identificar vulnerabilidades, prevenir complicações e conquistar um bom controle metabólico que, em geral, depende de alimentação regular e de exercícios físicos.

As ações educativas em saúde são processo, que objetivam capacitar indivíduos e ou grupos, de modo que, possam assumir ou ajudar na melhoria das condições de saúde da população. Devendo, portanto, oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde, como pela saúde da comunidade (LEVY, 2000).

A educação, portanto, implica em busca realizada por um sujeito que é o homem, e este deve ser o sujeito de sua própria educação, não pode ser o objeto dela, assim, ninguém educa ninguém. Ensinar não é transferir conhecimentos; é sim criar possibilidades para sua construção e produção (FREIRE, 2003). A educação em saúde, tanto no conhecimento como na prática em saúde, é o campo do setor saúde que mais diretamente vem se preocupando com a criação de vínculos entre o pensar e fazer cotidiano da população e a ação médica (VASCONCELOS, 2001). O profissional de saúde, na sua rotina à assistência dos problemas médicos individuais, encontra um importante momento para uma prática transformadora da realidade social de uma comunidade, pois com uma boa atuação na assistência médica individual, consegue respeito e crédito da população para desenvolver ações que ajam sobre os problemas mais globais da comunidade (VASCONCELOS, 1999).

Segundo Osório (2003), “grupo ou sistema humano é todo aquele conjunto de pessoas capazes de se reconhecerem em sua singularidade e que estão exercendo uma ação interativa com objetivos compartilhados”. Berstein (1986) conceituou grupo como um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma **tarefa específica**.

Um grupo não é apenas um somatório de pessoas, mas constitui-se de uma nova entidade com leis e mecanismos próprios.

Os objetivos devem ser construídos de forma participativa. Alguns deles podem ser: oferecer suporte, realizar tarefas, socializar, melhorar seu autocuidado ou oferecer psicoterapia. A tarefa de grupos com o objetivo de melhorar o autocuidado é ajudar pessoas a alterarem ou buscarem comportamentos mais saudáveis que podem ser aprendidos, pois permite a troca de experiências dentro do grupo. São exemplos: as pessoas com hipertensão, diabetes, obesidade e outros, que podem, no grupo, receber informações que lhe proporcionem uma atividade mais saudável.

A organização e a infraestrutura devem prever: material de divulgação e medidas atrativas, espaço físico, equipe de trabalho (capacitação), critérios de inclusão e exclusão (de participantes), funcionamento e cronograma (horário, dias e frequência) e tamanho do grupo (máximo 12 membros) (MUNARI; FUREGATO, 2003). Para a escolha do método de condução,

deve ser definido o contrato de trabalho (definições conjuntas de regras), a coordenação (se fixa ou rotativa) e o modo de condução (com oficina, palestra-discussão ou debates). Tarefas prévias incluem a escolha de critérios de exclusão, inclusão de participantes e flexibilizações. É preciso preparar a equipe para utilizar a comunicação com horizontalidade (de acordo com características culturais, sociais, econômicas, psicológicas, etc.), para intervenções e condução e para promover processos emancipatórios nos indivíduos.

O tamanho do grupo deve considerar que o número de participantes permita que todos se manifestem e se sintam assistidos (MUNARI; FUREGATO, 2003). O coordenador deve se sentir confortável com o número de pessoas e sentir que as necessidades principais dos participantes estão sendo atendidas. O seu tamanho não pode exceder o limite que ponha em risco a comunicação visual e auditiva. A estruturação do tempo inclui a duração e a frequência dos encontros, bem como o uso de grupos fechados ou abertos. A duração ótima está entre 60 a 120 minutos, mas há aqueles que utilizam menos tempo. Quanto à frequência, há grupos que se reúnem uma vez por semana. Tanto a duração como a frequência dos encontros vai depender das restrições clínicas e objetivos terapêuticos do grupo em questão.

5 MÉTODO

Segundo Leopardi (1999, p.52): “Metodologia é o modo de agir, o caminho escolhido para o desenvolvimento da intervenção, é o conteúdo processual para a identificação dos passos para dirigir a ação, é a instrumentalização da ação. É o núcleo para a abordagem do fenômeno sobre o qual se quer agir”.

A partir da metodologia apresento uma nova modalidade assistencial- Tecnologia de conduta com a criação de um Questionário Avaliativo sobre o consumo de álcool em pacientes diabéticos e que será aplicado aos participantes do grupo de diabetes.

O estudo foi realizado no posto de saúde CEUVF-PUCRS (Centro de Extensão Universitária Vila Fátima), que se localiza no Bairro Bom Jesus na cidade de Porto Alegre e que atende cerca de 8500 pessoas e existe há cerca de 30 anos. As atividades e os programas são desenvolvidos em parceria com Ministério da Saúde, Secretária Municipal de saúde de Porto Alegre/RS, Fundo de Assistência Social e Cidadania, Hospital São Lucas da PUCRS, e Universidade Católica do RS- PUCRS. A comunidade da Vila Fátima convive com problemas sociais característicos das periferias das grandes cidades brasileiras: baixa renda e escolaridade,

saneamento e habitações precárias e emprego informal; Aumento significativo do tráfico de entorpecentes e da violência, com altos índices de homicídios: 27/100.000 hab.; Altos índices de tuberculose, HIV/SIDA e dependência química (álcool, e drogas); A maioria dos lares é chefiada por mulheres. Atuam profissionais das áreas de Direito, Educação, Enfermagem, Fisioterapia, Letras, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, ligados à Universidade Católica do RS.

A enfermeira Marilda Bariviera (atua na instituição há 12 anos), e além da coordenação de enfermagem realiza e coordena 2 grupos específicos para pacientes diabéticos. Segundo a enfermeira Marilda: “Nos grupos desenvolvidos, através de momentos de cultura, educação e lazer, procuro fortalecer vínculos e construir relacionamentos. Dessa forma, desenvolvendo recursos fundamentais para melhoria da saúde física e mental. Faz-se necessário um trabalho educativo continuado. Portanto grupo é a forma de atingir um maior número possível de pessoas”.

O grupo fechado funciona mensalmente na primeira quinta-feira à tarde e tem 10 participantes. O grupo aberto funciona mensalmente na primeira quarta-feira à tarde e tem entre 8 a 12 participantes. A coordenadora do grupo aberto seleciona os pacientes que tem perfil para participar do grupo fechado. Será elaborado um questionário avaliativo do consumo de álcool que será aplicado aos pacientes participantes dos dois grupos visando identificar o alcoolismo que é um fator de risco importante para essa clientela.

O trabalho foi realizado no período de Dezembro de 2013 à Março de 2014. Na primeira etapa realizou-se uma revisão bibliográfica sobre diabetes e alcoolismo no período de 1 a 31 de dezembro de 2013. Na segunda etapa, que ocorreu no período de janeiro de 2014, elaborou-se o Questionário Avaliativo do uso de álcool por pacientes diabéticos. Na terceira etapa, que ocorreu em fevereiro de 2014 o Questionário Avaliativo foi apresentado à enfermeira coordenadora do grupo para sua apreciação e validação. Após as devidas correções, este material será disponibilizado para sua aplicação nos grupos de diabéticos pela enfermeira.

Por não se tratar de pesquisa, o projeto não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), mas seguiram-se as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas da resolução 466/12. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os referenciais da bioética, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça, equidade, dentre outros, e visa

assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. (Resolução CNS 466/12).

6 RESULTADO E ANÁLISE

Não se pode refletir na ação de enfermagem sem referir a importância do processo comunicativo a ela relacionado, um processo que colaborará para o bem estar e a recuperação do paciente. Além de tudo, a comunicação pode evitar confusões ou equívocos especialmente devido aos procedimentos realizados. Com base nesses alicerces, percebe-se que a comunicação é um fator muito importante.

A comunicação adequada tem sido buscada por diferentes tipos de grupo sociais, as pessoas começam a reivindicar ações para melhorias do processo saúde, onde o interesse em conhecimento e esperança de um atendimento humanizado vem aumentando. “Constantes movimentos, encontros, publicações têm buscado colocar em cena a necessidade de se aprimorarem as habilidades comunicacionais, entre vários outros aspectos, para se avançar em direção à melhor qualidade dos serviços de saúde” (CERQUEIRA, 2009)

Com embasamento nos estudos aqui concretizados, entende-se como é importantíssima a comunicação apropriada do profissional com o seu paciente. A apreciação dos vários resultados determina uma ação de reformulação das formas de ação e dos julgamentos teóricos sobre um tomar cuidado completo, preocupando-se com o psicológico, prevenindo assim o agravo da saúde do usuário.

Por sua vez, a equipe de enfermagem se manifesta mais reforçada e confiante em suas funções, de forma que não venha atuar apenas no cuidar, mas conseguindo adquirir elementos apontando à prevenção, impedindo gravidades. Com isso almeja-se a uma boa ação desses profissionais que foram preparados e guiados a agir de forma adequada, podendo passar confiança, dando seriedade a todos os dados obtidos.

O objetivo deste trabalho foi, assim, discutir a constituição de um questionário apresentando-se propostas de tarefas e cuidados a serem adotados, dentro de um seguimento lógico, de modo a que esta ferramenta tenha eficácia para a intenção a que se propõe. Espera-se que este trabalho seja benéfico para futuras pesquisas, que suportadas por questionários bem elaborados conseguirão atingir mais rápida e economicamente os seus objetivos

Um questionário é um instrumento que visa recolher informações Para tal, coloca-se uma série de questões que envolvem um tema de importância para os investigadores, e para os pacientes.

Na elaboração de um questionário é importante, antes de qualquer coisa, ter em conta a capacidade do público-alvo a quem ele vai ser conduzido. É de salientar que o conjunto de temas deve ser extremamente bem constituído e conter um formato coerente para quem a ele responde, evitando-as irrelevantes, indiferentes, intrusivas, desinteressantes, com uma composição (ou formato) excessiva dúbia e complicada, ou ainda assuntos exagerados e extensos.

Os temas devem ser restringidos e apropriados à pesquisa em questão. Assim, elas devem ser desenvolvidas tendo em conta três princípios básicos: o Princípio da clareza (devem ser claras, concisas e unívocas), Princípio da Coerência (devem corresponder à intenção da própria pergunta) e Princípio da neutralidade (não devem induzir uma dada resposta, mas sim libertar o inquirido do referencial de juízos de valor ou do preconceito do próprio autor).

Através da educação em saúde que possibilita ao profissional da saúde e o sujeito de sua ação elaborar A estratégias individuais e coletivas das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam a saúde, e que se pensou na elaboração de um Questionário Avaliativo sobre diabetes e alcoolismo, prevenindo complicações e melhorando a qualidade de vida de portadores de diabetes mellitus (Apêndice 2).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O DM é reconhecido como um problema de saúde pública que tem adquirido grandes dimensões. Os esforços para aperfeiçoarem as formas de tratamento e de prevenção devem ser realizados não apenas sob um problema de saúde individual, mas como uma questão de saúde pública. Os métodos de intervenção comunitária, abrangendo programas de controle da glicemia e mudanças positivas no estilo de vida, são essenciais, contudo, devem ser culturalmente adaptados à realidade da comunidade.

Verifica-se que o uso do álcool acarreta uma série de prejuízos e comprometimentos para a saúde das pessoas, pois fere a sua integridade psicológica e mental. Além disso, o alcoolismo é considerado como uma doença crônica, tanto quanto qualquer doença crônica, como por exemplo, a hipertensão arterial e o diabetes que acompanham o indivíduo por toda a sua vida.

Percebe-se a necessidade de discutir sobre certos valores e princípios que afetam o comportamento humano, na tentativa de propor uma metodologia de ensino que possibilite o desenvolvimento de suas capacidades de percepção com relação aos diversos problemas sociais que afetam a sua vida os quais exigem um posicionamento crítico da realidade.

Dentre os profissionais que desempenha um significativo papel nas relações entre seres humanos, sociedade, pesquisa e saúde, educação, encontra-se o enfermeiro. Este como uma de suas funções tem o papel de promover a formação seja no aspecto individual e coletivo considerando os problemas que envolvem a saúde, oportuniza com isso, uma promoção de saúde evidenciando atitudes saudáveis no modo de se viver.

As práticas de educação e saúde hoje requerem diretrizes afastadas do poder coercivo e normativo, objetivando transformar as oportunidades de educar a clientela em momentos prazerosos, favorecendo para que a aceitação de mudança no estilo de vida, para manter a saúde ou mesmo prevenir a doença, seja realizada de forma consciente.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, Maria Elmira et al. **Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde** (Projeto ICSAP – Brasil). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, 2009.

AMARO, Ana et al. **A arte de fazer questionários**. Faculdade da Universidade de Porto, 2005.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Diagnosis and classification of diabetes mellitus**. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S 62–69, 2010.

BERSTEIN, M. **Contribuições de Pichón-Rivière à psicoterapia de grupo**. In: OSÓRIO, L.C. *et al. Grupoterapia hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária nº 36 – Diabetes**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Primária nº 34 – Saúde Mental**. Brasília, 2013.

BURGOS, Prof. Dra. Maria Goreti. Disponível em: www.diabetes.org.br/colunistas, 2010.

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação, Rev. Interface** vol.13 n.29 Botucatu Apr./June 2009.

FRANCO, L. L. **Diabetes como prevenir, tratar e conviver**. São Paulo, 2005.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 26 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2003

GROSSI, S.A.A. **Educação para o controle do diabetes mellitus**. In: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. *Manual de Enfermagem: Programa Saúde da Família*. São Paulo, p. 155-167, 2001.

LEVY, S. Programa educação em saúde. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/programas/pes/pes/index.htm>

LEOPARDI, M. T: Sister Callista Roy. In. **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a Prática**. Florianópolis: Papa-livros, 1999.p.109-114.

MUNARI, D. B.; FUREGATO, A. R. F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 2003. OSÓRIO, L. C. *et al.* **Grupos: teorias e práticas**. Acessando a era da grupalidade. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. Cap. 3.

NETO, F. T. Diabetes Mellitus. In: THELMA, R. A. S. F. **Nutrição clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2003. p. 408-422.

NICOLAU, Paulo Fernando M. **Psiquiatria Geral**, 2014. Disponível em: www.psiquiatriageral.com.br/farma/alcoolismo.htm

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal: uma nova disciplina para o advento de uma era**_ Porto Alegre: Artmed; 2003.

RESOLUÇÃO CNS 466/12, versão 2012. Disponível em: www.conselhodesaude.gov.br

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. São Paulo: Ed. Hucite, 2001.

VASCONCELLOS, C.S. **Construção do Conhecimento em Sala de Aula**. 9. ed. São Paulo: Libertad, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications**. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

APÊNDICES E ANEXOS

APENDICE 1- QUESTIONARIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE ÁLCOOL

1. Com que frequência você toma bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca [vá para a questão 9)
- (1) Mensalmente ou menos
- (2) de 2 a 4 vezes por mês
- (3) de 2 a 3 vezes por semana
- (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quando você bebe, quantas doses você consome normalmente?

- (0) 1 ou 2
- (1) 3 ou 4
- (2) 5 ou 6
- (3) 7 a 9
- (4) 10 ou mais

3. Com que frequência você toma 5 ou mais doses de uma vez?

- (0) Nunca
- (1) Menos de uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10.

4. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

5. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

6. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você precisou beber pela manhã para se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

7. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

8. Quantas vezes, ao longo dos últimos 12 meses, você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- (0) Nunca
- (1) Menos do que uma vez ao mês
- (2) Mensalmente
- (3) Semanalmente
- (4) Todos ou quase todos os dias

9. Alguma vez na vida você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- (0) Não
- (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses

(4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Alguma vez na vida algum parente, amigo, médico ou outro profissional da Saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

(0) Não

(2) Sim, mas não nos últimos 12 meses

(4) Sim, nos últimos 12 meses

BRASIL, MS. DAB; **Caderno de Atenção Primária nº 34 – Saúde Mental**. Brasília, 2013.

APENDICE 2-QUESTIONARIO AVALIATIVO- DIABETES MELLITUS / ALCOOLISMO

1- IDENTIFICAÇÃO

Numero Prontuário na unidade:

Telefone:

Nome:

Idade:

Endereço:

Profissão:

Data da entrevista:

Entrevistador:

2- Assinale a alternativa que identifica a sua cor ou raça:

(1) branca

(2) preta

(3) parda

(4) amarela

(5) indígena

3-Qual seu estado civil?

- (1) Solteiro (a)
- (2) Casado (a) ou vive com companheiro (a)
- (3) Separado (a)
- (4) Viúvo (a)

4- Escolaridade

- (1) sem escolaridade
- (2) ensino fundamental (1º grau) incompleto
- (3) ensino fundamental (1º grau) completo
- (4) ensino médio (2º grau) incompleto
- (5) ensino médio (2º grau) completo
- (6) superior incompleto
- (7) superior completo
- (8) mestrado ou doutorado
- (9) não sei informar

2-INFORMACOES SOBRE DIABETES

1-Com que idade descobriu que era diabético?

2-Na sua família tem ou tinha alguém com diabetes? Quem?

(1) Sim (2) Não (3) Não sabe

3-Onde foi que descobriram seu diabetes?

(01) Na sua unidade de referencia?

(02) Outro posto de saúde. Qual? _____

(03) Ambulatório de hospital. Qual? _____

(05) Durante internação em Hospital

(06) Pronto Socorro

(07) Consultório Médico /Particular

(08) Consultório Médico /Convênio

(09) Descobriu fazendo exames por conta própria

(10) De outra maneira? Qual? _____

(99) IGN

14. Atualmente está usando alguma medicação diariamente?

(1) Sim

(2) Não. Foi receitado mas não usa

(3) Não. Não foi receitado

15- Se sim Qual a medicação?

16- Apresenta alguma complicação da diabete? Sabe informar?

3- INFORMACOES SOBRE O ÁLCOOL

1-O Sr (a) tomou bebidas alcoólicas no último mês?

(1) Sim (2) Não

2-Quantas vezes por semana tomou?

(1) Diariamente

(2) Cinco a seis vezes por semana

(3) Duas a quatro vezes por semana

(4) Uma vez por semana

(5) Menos de uma vez por semana

(8) NSA

3-Que tipo de bebida o Sr(a) tomou?

Cerveja (1) Sim (2) Não

Cachaça (1) Sim (2) Não

Vinho (1) Sim (2) Não

Whisky (1) Sim (2) Não

Vodka (1) Sim (2) Não

Outro tipo?

4-Com que frequência você toma “cinco ou mais doses” de uma vez?

(0) Nunca

(1) Menos do que uma vez ao mês

(2) Mensalmente

(3) Semanalmente

(4) Todos ou quase todos os dias

5-Alguma vez o Sr (a) sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida ou parar de beber?

(1) Sim (2) Não (8) NSA

6- O (a) Sr (a) sente-se culpado(a) chateado(a) com o Sr(a) mesmo(a) pela maneira como costuma beber?

(1) Sim (2) Não (8) NSA

7- Em algum momento algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

(0) Não

(1) Sim, mas não nos últimos 12 meses.

(2) Sim, nos últimos 12 meses.

8- Você sabe as complicações que álcool traz para diabetes?

(1) Sim

(2) não

9- Saberria citar uma complicação? Qual?

10- Voce gostaria de parar de beber?

(1) Sim

(2) Não