



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA



A PESSOA COM PROBLEMAS

LIGADOS AO ÁLCOOL

- INTERPRETAÇÃO E INTERVENÇÃO

SISTÉMICA -

BRUNO MIGUEL JESUS

Mestrando n.º [110431003](#)

Santarém, maio de 2015



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM



3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E RELATÓRIO
ORIENTADOR: PROFESSORA ISABEL BARROSO
CO-ORIENTADOR: PROFESSORA MARIA CLARA ANDRÉ

A PESSOA COM PROBLEMAS LI- GADOS AO ÁLCOOL

- INTERPRETAÇÃO E INTERVENÇÃO SISTÉMICA

AGRADECIMENTOS

Às professoras Isabel Barroso e Maria Clara André, orientadoras deste relatório, pela sua disponibilidade e atenção, apoio e incentivo mesmo nos momentos de menor produção e entusiasmo na prossecução deste trabalho. E por me terem construtivamente “obrigado” a refletir, e refletir. Obrigado!

Aos restantes professores da Escola Superior de Saúde de Santarém que se foram cruzando no caminho deste curso. Obrigado...

A todos – mas especialmente à Enfermeira chefe Maria João Ruas – da Unidade de Alcoologia de Coimbra, pela oportunidade de aprendizagem e de partilha. Obrigado!

Aos colegas dos cursos de Mestrado e de Especialização em Enfermagem, pela troca de saberes e experiências; e pelo companheirismo. Obrigado...

E por último, um agradecimento revestido de dedicatória à minha mulher Gabriela, à minha filha Inês, à minha família e amigos por tudo e mais alguma coisa. Muito Obrigado!

RESUMO

«A pessoa com Problemas Ligados ao Álcool – interpretação e intervenção sistémica.»

Os cuidados de Enfermagem na Comunidade englobam um vasto leque de intervenções, no entanto o aprofundamento em determinadas áreas assume uma importância elevada. O presente trabalho pretende demonstrar a evidência científica no tratamento das pessoas com Problemas Ligados ao Álcool.

A dependência alcoólica é uma doença caracterizada pela cronicidade, comorbilidade patológica e conseqüentes alterações ao nível orgânico, psicológico e social.

A intervenção da Enfermagem nestas pessoas implica uma abordagem específica e sistémica, com o objetivo de reduzir a probabilidade de recaídas e promover estilos de vida saudáveis.

Foram realizadas diversas intervenções individuais e de grupo assentes nos princípios da capacitação e do *empowerment*, as quais resultaram de uma contextualização teórica sistémica e enquadramento na unidade de tratamento especializada. Daqui decorreu a construção de um modelo original de interpretação sistémica da problemática.

Com a finalidade de demonstrar a prática baseada na evidência foi também realizada uma Revisão Sistemática da Literatura.

Palavras-chave: Enfermagem Comunitária, Problemas Ligados ao Álcool, *Empowerment*, Abordagem Sistémica.

ABSTRACT

«The person with Alcohol Related Problems – systemic interpretation and intervention.»

Community Nursing care cover a wide range of interventions, however scoop out knowledge in certain areas is very important. This document aims to demonstrate the scientific evidence in the treatment of people with Alcohol Related Problems.

Alcohol dependence is a disease characterized by chronicity, pathological comorbidity and consequential amendments to organic, psychological and social level.

The intervention of Nursing in these persons implies a specific and systemic approach, aiming to reduce the chance of relapse and promote healthy lifestyles.

There have been made several individual and group interventions based on the principles of empowerment, wich resulted from a systemic theoretical context and framed in the specialized care unit. Here took place the building of an original model of systemic interpretation.

In order to demonstrate evidence-based practice, a Systematic Literature Review was also performed.

Key-words: Community Nursing, Alcohol Related Problems, Empowerment, Systemic Approach.

SIGLAS E ACRÓNIMOS

AA – Alcoólicos Anónimos

EEEC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SES – Sessão de Educação para a Saúde

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

UAC – Unidade de Alcoologia de Coimbra

Pg. - Página

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1- O GRUPO POPULACIONAL ENQUANTO SISTEMA ATIVO NO SEU PROCESSO DE SAÚDE	12
1.1- A ABORDAGEM SISTÊMICA DA PESSOA COM PLA	15
1.2- A ABORDAGEM BIOECOLÓGICA DA PESSOA COM PLA	18
1.2.1- Dados epidemiológicos.....	20
1.3- A FAMÍLIA ENQUANTO SISTEMA COM NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO	22
1.4- PROGRAMAS E PROJETOS DE INTERVENÇÃO – RESPOSTAS EXISTENTES ..	24
2- A UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE COIMBRA COMO ESTRUTURA REFERÊNCIA NA INTERVENÇÃO NA PESSOA COM PLA.....	26
2.1- O ENQUADRAMENTO NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE	26
2.2- INTEGRAÇÃO NA UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE COIMBRA	27
2.3- CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA COM PLA	29
2.3.1- Caraterização da família da pessoa com PLA.....	32
3- A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: A CAPACITAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PRIMORDIAL NA REABILITAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA COM PLA	35
3.1- MODELO DE INTERPRETAÇÃO SISTÊMICA DA PESSOA COM PLA.....	35
3.2- A ABORDAGEM INDIVIDUAL.....	37
3.3- A ABORDAGEM DE GRUPO.....	38
3.4- A ABORDAGEM NA FAMÍLIA.....	42
3.5- A REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA COMO SUPORTE DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM PLA... 45	
3.5.1 – Definição do protocolo de pesquisa	46
3.5.2- Resultados e discussão da Revisão Sistemática da Literatura	47
CONCLUSÃO.....	54
BIBLIOGRAFIA.....	57

INDICE DE FIGURAS

	Pg.
Figura 1 – Esquema interpretativo da Incidência / Prevalência dos PLA de Cartwright e Shaw (1978) -----	14
Figura 2 – Variáveis do contexto intrassistêmico (Towey & Alligod, 2004) -----	16
Figura 3 – Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1996) -----	19
Figura 4 – Modelo de Interpretação da pessoa com PLA numa perspectiva sistêmica (adaptação original) -----	36
Figura 5 – Estruturação do processo de <i>empowerment</i> dos AA de Taiwan (Yed, 2008) -----	51

INDICE DE TABELAS

	Pg.
Tabela 1 – Caracterização da pessoa com PLA – principais stressores identificados -----	30
Tabela 2 – Sistematização dos conceitos e formulação da pergunta PI(C)OD -----	46
Tabela 3 – Bases de dados consultadas e limitadores utilizados -----	47
Tabela 4 – Enquadramento dos artigos seleccionados pela RSL -----	48
Tabela 5 – Enquadramento sistémico das atividades realizadas / <i>outcomes</i> para a pessoa e família com PLA -----	53

INTRODUÇÃO

O Mestrado de Natureza Profissional, na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, é um curso que visa o aprofundamento de conhecimentos e o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais no âmbito dos cuidados de saúde especializados, numa perspetiva académica avançada.

Os cuidados de enfermagem na comunidade englobam um leque vasto de intervenções; no entanto o aprofundamento em determinadas áreas assume uma importância elevada. Foi neste sentido que optei por desenvolver o estágio na área das dependências, não só por ser aquela em que desempenho funções como enfermeiro e desta forma sentir necessidade de enriquecer a evidência da minha prática profissional, mas acima de tudo para desenvolver conhecimento científico para a Enfermagem Comunitária e provar a importância e mais-valia que esta especialidade traz para o contexto em causa.

O estágio decorreu na Unidade de Alcoologia de Coimbra (UAC) e pretendeu o desenvolvimento de competências na reabilitação da pessoa com Problemas Ligados ao Álcool (PLA). Através da integração nas dinâmicas do serviço e do conhecimento aprofundado da pessoa com PLA, foi possível realizar diversas abordagens de grupo e individuais, nomeadamente sessões psicoeducativas, sessões de educação para a saúde, intervenção familiar e articulações multidisciplinares, no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis. Estas intervenções tiveram como objetivo major contribuir para a capacitação da pessoa e família com vista ao reajustamento ao estilo de vida sem álcool. Desta forma pretende-se reduzir a probabilidade de recaídas e de situações indutoras de consumo, bem como o desequilíbrio familiar.

Este documento pretende dar resposta aos objetivos propostos no projeto de estágio, descrevendo de forma sistematizada o enquadramento concetual da problemática da pessoa com PLA. Compreende de igual forma a descrição sucinta e organizada das intervenções e competências desenvolvidas na área de especialização, contribuindo para uma análise crítica e reflexiva do que foi desenvolvido, bem como para o desenvolvimento da melhoria dos cuidados de Enfermagem. Desta forma tem também como propósito servir de meio de avaliação de uma unidade curricular, com vista à obtenção do grau de mestre em Enfermagem Comunitária, após aprovação, apresentação e discussão do mesmo.

O alcoolismo é uma doença caracterizada pela cronicidade, polipatologia e alterações somáticas, psicológicas e sociais. A reabilitação da pessoa com PLA implica uma

intervenção específica, holística e com aprofundados conhecimentos na área, proporcionando desta forma um tratamento e alteração de comportamentos mais efetivos. (IDT, 2011)

A pessoa com PLA atravessa um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que se desenvolvem depois do consumo repetido de álcool. Esta doença inclui um desejo muito forte de ingerir bebidas alcoólicas, descontrolo sobre o seu uso, prosseguimento dos consumos independentemente das repercussões e valorização dos mesmos acima de outras atividades ou obrigações, aumento da tolerância ao etanol e sintomas de privação quando a sua utilização é descontinuada. (WHO, 1992)

De acordo com o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEEC), as mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbidade e a emergência das doenças crónicas originam novos problemas e necessidades de saúde. O EEEEC assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, com uma elevada capacidade de resposta às necessidades das pessoas, grupos e comunidades, proporcionando efetivos ganhos em saúde.

Essas capacidades decorrem da aquisição de competências na avaliação multi-causal e nos processos de tomada de decisão, nomeadamente no desenvolvimento e consecução de projetos de saúde coletiva, com vista à capacitação e *empowerment* dos intervenientes. Refere o mesmo referencial que se evidenciam as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados ao cliente. Enfatiza as articulações interinstitucionais e multidisciplinares (numa perspetiva de parcerias comunitárias) necessárias à continuidade dos cuidados. (OE., 2010)

No contexto específico da Enfermagem Comunitária estudei uma população específica com determinadas características - problemas e fatores de risco - nomeadamente a pessoa com PLA.

De acordo com a bibliografia revista, os “enfermeiros comunitários” estão devidamente preparados para intervir aos vários níveis da prevenção, essencialmente pela formação e dotação de estratégias eficazes na promoção da saúde, como a educação da comunidade para estilos de vida saudáveis e fatores de resiliência, educação para a saúde sobre substâncias e guias de orientação para o seu consumo.

O *stress* e a ansiedade decorrente do consumo de álcool é um dos focos da enfermagem comunitária nos clientes com este tipo de patologia. O acompanhamento destes, a informação e a intervenção com vista ao equilíbrio no estilo de vida, a mobilização de recursos da comunidade, o relaxamento e a promoção da resiliência ou *coping* para

o consumo, são estratégias a utilizar pelo enfermeiro nos cuidados à pessoa, família e comunidade com PLA. (MATHRE, 1999)

No que diz respeito a formatações e *layouts* utilizei as orientações do Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos da Escola Superior de Saúde de Santarém e as referências bibliográficas com o estilo *APA sixth edition*.

O relatório encontra-se dividido em três capítulos principais. No primeiro - através de uma abordagem sistémica enquadrada em modelos e teorias ajustados – realizei uma contextualização com o grupo populacional em estudo e ao qual foram feitas intervenções específicas. No final surgem programas e projetos de intervenção à pessoa com PLA que lançarão o mote para a integração da Unidade de Alcoologia de Coimbra (UAC) como estrutura referência na intervenção na pessoa com PLA, onde fiz a caracterização da unidade e da pessoa e família com PLA, devidamente enquadrada nos pressupostos teóricos adotados e desenvolvidos no capítulo anterior.

Por fim desenvolvi um terceiro capítulo que pretende demonstrar a efetividade da intervenção especializada da enfermagem comunitária na capacitação da pessoa com PLA, com destaque para o desenvolvimento de um modelo de interpretação sistémica que urge do conjunto de experiências do local de estágio conjugadas com os referenciais teóricos e a revisão sistemática de literatura realizada.

A terminar, uma conclusão integradora do trabalho desenvolvido e dos principais resultados de realce científico da intervenção especializada da enfermagem comunitária no tratamento e reabilitação da pessoa e família com PLA.

1- O GRUPO POPULACIONAL ENQUANTO SISTEMA ATIVO NO SEU PROCESSO DE SAÚDE

O conceito de alcoolismo como doença, e não apenas como vício, começou a ser desenvolvido apenas no século XIX. A consciencialização do perigo dos consumos de álcool na Saúde Pública, os progressos no conhecimento da fisiologia da célula nervosa e dos efeitos do álcool sobre o sistema nervoso, estiveram na base de uma abordagem científica dos problemas relacionados com o consumo desta substância psicoativa.

Em 1851, o tratado sobre Alcoolismo Crónico (publicado por Mangus Huss) faz referência a uma síndrome autónoma, definindo-a como uma forma de doença correspondendo a uma intoxicação crónica, caracterizada por quadros patológicos desenvolvidos em pessoas com hábitos excessivos e prolongados de bebidas alcoólicas. No entanto, a limitação de definições como esta levou a Organização Mundial de Saúde a procurar uma mais alargada, enquadrando não só uma abordagem individual como coletiva.

O risco que o álcool representa para a saúde infantil e desenvolvimento escolar, o risco para a saúde e segurança dos trabalhadores, da mulher, do jovem, etc. são determinantes que apontam para a vantagem de uma definição mais comum de Problemas Ligados ao Álcool (PLA). Esta abordagem integra também as ações preventivas e todo um leque de situações relacionadas com o álcool.

Em 1982 a Organização Mundial de Saúde refere que os Problemas Ligados ao Álcool é uma expressão, que apesar de imprecisa, é cada vez mais utilizada pela comunidade clínica para designar as consequências nocivas do consumo de álcool e orientar as intervenções. Estas consequências atingem não só o indivíduo, mas também a família e a comunidade em geral. Desta forma as perturbações que daí advêm devem ser encaradas como físicas, mentais ou sociais. (Mello, Barrias, & Breda, 2001)

Esta perspetiva mais alargada (PLA) será utilizada no decurso do presente trabalho.

Convém perceber a classificação de consumos, os quais para o organismo regulador nacional – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) - são:

Consumo de Baixo Risco: padrão de consumo, que na ausência de certas determinantes, é utilizado como referência dentro dos parâmetros legais e clínicos; associado a uma baixa incidência de problemas de saúde e sociais.

Consumo de Risco: padrão de consumo, ocasional ou continuado, que aumenta a probabilidade de ocorrência de efeitos nocivos se persistir, tais como doenças associadas, acidentes, transtornos mentais ou do comportamento.

Consumo Nocivo: padrão de consumo causador de danos físicos e mentais da pessoa, normalmente acompanhados por consequências sociais graves; ainda não cumpre os critérios da dependência, mas tendencialmente aproxima-se.

Dependência: padrão de consumo constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, os quais se desenvolvem após uso repetido da substância; inclui um desejo intenso de consumo, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, priorização dos consumos face a outras atividades ou responsabilidades, aumento da tolerância à substância e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.

Dependência Grave: conjunto de sintomas e comportamentos que indicam a importância central que a substância tem na vida da pessoa, a qual é difícil de alterar e para a qual se produzem mecanismos de neuroadaptação; surgem fenómenos de tolerância e abstinência com sérias repercussões orgânicas. (SICAD, 2013)

O desenvolvimento da dependência ao álcool está relacionado com fatores intrínsecos ao Indivíduo - psicológicos (características de personalidade), fisiológicos (diferentes reações em diferentes indivíduos) e genéticos (maior prevalência em filhos de pais alcoólicos) - mas também ao Meio - fenómenos socioculturais (mitos, tradições) e económicos (publicidade).

A teoria de Cartwright e Shaw (1978) salienta uma importância fulcral e uma interinfluência de todos estes fatores, numa perspetiva sistémica. É nesta interação que se criam e desenvolvem as duas grandes e fundamentais determinantes na prevalência do alcoolismo, nomeadamente os modelos de consumo e a vulnerabilidade ou proteção individual. É um modelo ímpar na abordagem dos PLA, com génese biopsicossocial, o qual orienta para novas estratégias e ações preventivas e de tratamento, tal como demonstra a figura 1. (Mello, Barrias, & Breda, 2001)

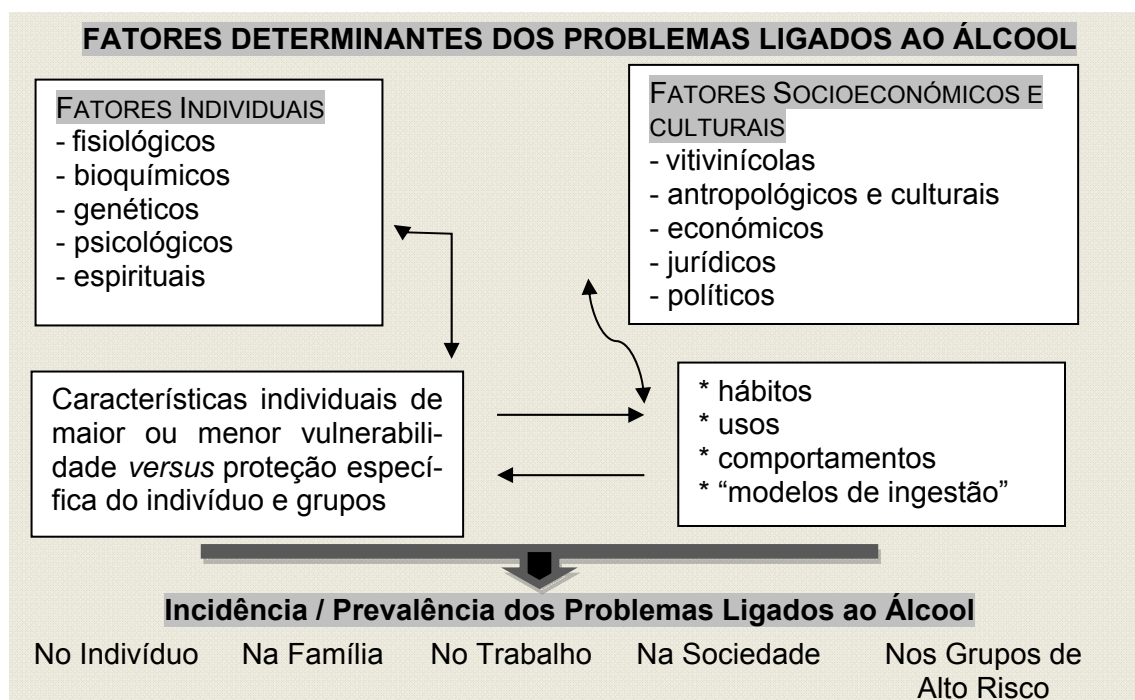


Figura 1- Esquema interpretativo da Incidência/Prevalência dos PLA de Cartwright e Shaw (1978).

O álcool como droga mais consumida faz parte da história da humanidade, encontrando-se associada ao divino e ao poder curativo. No entanto, sendo uma droga psicotrópica, a sua atuação é essencialmente ao nível do Sistema Nervoso Central, originando mudanças de comportamento e dependência física e psíquica. A sua capacidade depressora potencia, a curto prazo, a descoordenação motora, a menor capacidade muscular e da compreensão, bem como aumento do tempo de resposta, provocando, a longo prazo, danos cerebrais irreversíveis, depressões e psicoses, afetando gravemente as relações pessoais e sociais. (Rodrigues, Pereira, & Barroso, 2005)

As intervenções de enfermagem são preconizadas em todos os níveis da prática clínica e no caso do presente trabalho incide sobre uma população específica. A população, em contraste com outras áreas de intervenção, constitui um dos focos primordiais do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

O termo população refere que é um conjunto de indivíduos com uma ou mais características pessoais ou ambientais em comum. As populações podem ser compreendidas como população de risco - aquela com fator de risco identificado ou em exposição ao risco que ameaça a saúde - ou como população de interesse - aquela que é essencialmente saudável mas que no entanto pode melhorar e potenciar fatores protetores da saúde.

As fases do processo de enfermagem que envolvem diretamente a comunidade como cliente incluem a definição da comunidade e estabelecimento de parcerias, a apreciação, o diagnóstico de enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação das intervenções. (Stanhope & Lancaster, 2011)

A interação com o grupo populacional de pessoas com PLA deve considerar todos os aspetos inerentes ao processo de desenvolvimento da doença e conseqüente alteração no equilíbrio, com respeito a todas as suas dimensões.

1.1- A ABORDAGEM SISTÉMICA DA PESSOA COM PLA

Na compreensão destas dimensões surge como plano concetual a utilização do Modelo Sistémico de Betty Neuman. Este modelo baseia-se na Teoria Geral dos Sistemas que postula que o mundo é feito de sistemas interligados e na Teoria de Gestalt, a qual define a homeostase como um processo dinâmico no qual um organismo mantém o seu equilíbrio sob condições diversas; a consideração do campo ambiental como influência nos comportamentos na relação do organismo com esse campo. (Towey & Alligod, 2004)

A prática baseada nesta abordagem pressupõe uma atenção à resposta do cliente face às mudanças internas e externas, porque este é parte do sistema que ele próprio influencia e uma mudança no ambiente interno causa mudanças no ambiente externo e vice-versa. Neste modelo, o cliente é considerado um sistema aberto no qual os ciclos repetidos de entrada, de processo, de saída e retroalimentação constituem um padrão organizacional dinâmico. Assim, pode afirmar-se que o modelo sistémico de Betty Neuman é um modelo de sistema aberto que perspetiva o foco da enfermagem na definição de ações apropriadas em situações relacionadas com fatores de stress ou possíveis reações do sistema cliente. Considera que as trocas com o ambiente são recíprocas, e tanto o cliente como o meio ambiente podem ser positiva ou negativamente afetados um pelo outro.

Fawcett (1989) citado por Tourville e Ingalls (2004), refere que para Neuman a saúde é bem-estar e é definida como o estado de estabilidade ótima do sistema cliente. Bem-estar e doença estão num *continuum* e são influenciadas pelos stressores do sistema cliente e da sua reação a estes.

De acordo com os pressupostos do modelo teórico de Betty Neuman a pessoa enquanto cliente/sistema de cliente pode ser um indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social e tem uma relação recíproca com o ambiente no sentido em que ele interage com esse ambiente adaptando-se ou adaptando-o a si.

Gail Beddome desenvolveu um Guião para a Apreciação da Comunidade como Cliente adaptando o modelo de Betty Neuman. Este instrumento permite uma organização do trabalho para a recolha de dados das necessidades tanto das comunidades geográficas como também em grupos da população na perspetiva do cliente e do prestador de cuidados de saúde (Beddome, 1995). A população alvo do presente estudo é o grupo populacional das pessoas com PLA; e como tal considera-se o sistema cliente a pessoa com PLA.

De acordo com o mesmo modelo teórico, a apreciação da população deve considerar diferentes contextos: intrasistémico, intersistémico e extrasistémico.

No grupo populacional como cliente o contexto intrasistémico é o grupo de indivíduos que têm em comum uma ou mais características pessoais ou ambientais (Beddome, 1995). As cinco variáveis fisiológicas, psicológicas, de desenvolvimento, socioculturais e espirituais devem constar na apreciação da população no contexto intrasistémico (figura 2).

As variáveis fisiológicas referem-se à estrutura e funções do organismo; as variáveis psicológicas estão relacionadas com os processos mentais e relacionamentos; as variáveis socioculturais referem-se às funções do sistema relativas às expectativas e às atividades sociais e culturais; as variáveis espirituais dizem respeito à influência das crenças espirituais e, por fim, as variáveis desenvolvimentais referem-se aos processos relativos ao desenvolvimento durante o ciclo de vida (George, 2000).

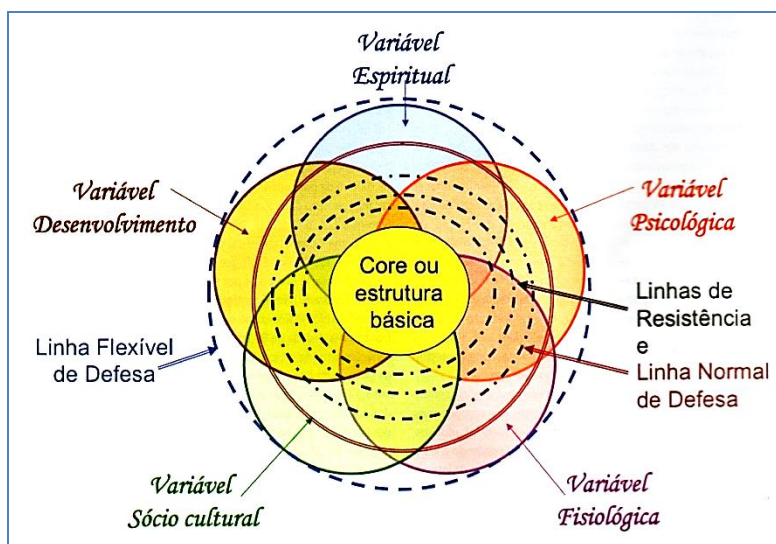


Figura nº 2 - Variáveis do contexto intrasistémico (Towey & Alligood, 2004) **Erro! Marcador não definido.**

Estas variáveis interagem com o contexto intersistémico e extrasistémico. Estes contextos são apreciados de acordo com oito subsistemas: saúde e segurança, sóciocul-

tural, educacional, comunicação e transportes, recreação, econômica, legislação e política e por fim a religião (Beddome, 1995).

O modelo de Betty Neuman ilustra como a estabilidade do sistema é mantida quando invadida por stressores, bem como a importância na adaptação ao problema e às necessidades de reajustamento.

Os stressores são considerados estímulos produtores de tensão que provocam stress, positivos ou negativos para o indivíduo, os quais ocorrem dentro das fronteiras do sistema cliente. A autora distingue-os em três tipos diferentes, de acordo com a sua origem, nomeadamente: Forças intrapessoais - que ocorrem no indivíduo, como as respostas condicionadas, os atributos físicos, as atitudes ou o grau de desenvolvimento pessoal; Forças interpessoais - que ocorrem entre um ou mais indivíduos, como os papéis, as funções ou as relações; Forças extrapessoais - que ocorrem fora do indivíduo, como as circunstâncias financeiras e políticas ou o desemprego.

Estes estímulos ou forças podem atingir, em maior ou menor profundidade, o sistema que é constituído por vários níveis: a estrutura básica, as linhas de defesa e as linhas de resistência.

A estrutura básica contém a fonte de energia pessoal, os fatores básicos de sobrevivência. Ao redor deste núcleo estão as linhas de defesa. A linha normal de defesa corresponde a um estado de saúde do sistema desenvolvido ao longo do tempo (Nunes, 1993). Representa um estado de estabilidade que é preservado no tempo e funciona como padrão para apreciar os desvios do habitual bem-estar do cliente. O conhecimento das variáveis e comportamentos como os padrões normais de coping e o estilo de vida, por exemplo, são parâmetros importantes para a apreciação do sistema cliente pessoa.

No que respeita à linha flexível de defesa, esta funciona como uma fronteira que tenta impedir que os stressores atravessem o estado normal de bem-estar, podendo considerar-se uma zona de amortecimento. O bem-estar é definido como a estabilidade dentro de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento, e espirituais do sistema cliente. As fronteiras internas, ou as linhas de resistência, representam os fatores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressor, protegendo o núcleo quando a linha normal de defesa é interrompida por fatores de stress. São a última defesa do indivíduo e quando devidamente empregados, ajudam-no a retomar a estabilidade. Importante referir que por vezes a pessoa mobiliza, inconscientemente, um ambiente criado, o qual tem como intuito servir de isolador. Assim a pessoa consegue ter mais algum tempo para ajudar a lidar com os stressores, alterando-se a si própria ou à situação (ou ambiente). (Towey & Alligod, 2004)

De acordo com o modelo conceitual de Neuman o sistema cliente pode ser influenciado por fatores de natureza intrapessoal, interpessoal e extrapessoal, sendo importante considerar o tempo de ocorrência do stressor, a condição passada e presente do cliente, a natureza e intensidade do stressor, e a quantidade de energia requerida pelo cliente para efetuar um ajustamento. (Neuman & Fawcett, 2011)

A prevenção é também encarada como uma forma de ajudar a pessoa na manutenção da estabilidade do seu sistema, pelo que a autora identifica três níveis de prevenção: Prevenção primária - identificação ou suspeita de um agente agressor, embora não tenha ainda existido reação, o risco de desarmonia é evidente; Prevenção secundária - ocorrência de sintomas de stress, sendo iniciadas intervenções e tratamentos; aqui devem ser mobilizados os recursos internos e externos da pessoa como forma de fortalecer as linhas de defesa; Prevenção terciária - reajustamento da estabilidade do sistema, após tratamento, aumentando a resistência da pessoa aos stressores e prevenindo o reaparecimento da reação.

Conceber o grupo populacional de pessoas com PLA como sistema ativo no seu processo de cuidados é pressupor o indivíduo como pessoa total em interação com o ambiente, o stress (ou stressores) e as suas reações a ele.

Em grupos mais vulneráveis da população, como é o caso das pessoas com PLA, impõe-se um diagnóstico correto e exaustivo da situação, tendo em conta não só os aspetos fisiológicos, psicológicos e espirituais, como também e particularmente os socioculturais, as expectativas, as crenças e as representações de saúde e de doença.

1.2- A ABORDAGEM BIOECOLÓGICA DA PESSOA COM PLA

Após enquadramento com a conceção teórica de Betty Neuman, considerei relevante conciliar os pressupostos sistémicos do modelo de desenvolvimento de Bronfenbrenner - Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano.

Esta abordagem bioecológica enfatiza a necessidade de compreender a relação entre a pessoa, os seus sistemas e subsistemas mais abrangentes, com o meio. O modelo pressupõe que a pessoa seja vista como um sujeito ativo e dinâmico, que cria e recria de forma progressiva o meio ambiente em que se encontra. Salienta também que a interação pessoa/mundo é caracterizada pela reciprocidade, ou seja pela influência e interação mútua. Assim o ambiente é considerado de importância fulcral no desenvolvimento, englobando inter-relações entre vários contextos. (Prati, 2005)

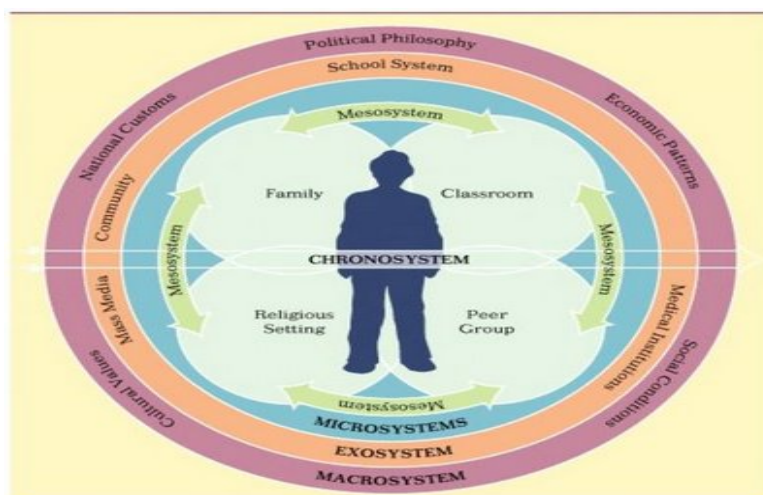


Figura nº 3 - Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1996)

Bronfenbrenner propõe que o ambiente ecológico seja entendido como uma série de estruturas encaixadas uma dentro da outra. Assim, o ambiente é entendido como se estendendo além da situação imediata. Sugere a avaliação do indivíduo de acordo com os seus macrossistema, microssistema, mesossistema e exossistema (figura 3).

Segundo o autor, as inter-relações dentro do ambiente imediato são denominadas de microssistema. Introduce também três elementos influenciadores: as atividades (caracterizadas por interações assentes na reciprocidade imediata, equilíbrio de poder e relação afetiva), os papéis (conjunto de atividades e relações esperadas e experienciado pela pessoa no decorrer da sua vida) e as relações ou estruturas interpessoais (que vão surgindo e desaparecendo). Para Bronfenbrenner há uma correlação clara entre o conceito de papéis do microssistema e as suas raízes no macrossistema, nomeadamente ao nível da cultura ou sociedade em que o indivíduo se encontra inserido.

O segundo nível estrutural denomina-se mesossistema e enquadra os sistemas mais ampliados dos quais o indivíduo faz parte, ou seja, as inter-relações com outros ambientes com os quais interage, como a família alargada, escola, local de trabalho... Na avaliação da força destas relações são novamente utilizados os elementos do sistema anterior, nomeadamente as atividades, as estruturas interpessoais e os papéis. Serve também para fazer o elo de ligação entre o microssistema (o mais proximal) e o exossistema (mais alargado) e para se compreender a ligação que tem com a sociedade mais imediata. (Bronfenbrenner, 1996)

O exossistema refere-se a um ou mais ambientes que não envolvem o indivíduo como um participante ativo, mas antes à rede social na qual ocorrem eventos que afetam ou são afetados por aquilo que acontece nos outros sistemas. A identificação e a sensibilização de elementos-chave da rede de suporte social da pessoa com PLA, são tidas como um recurso terapêutico adicional a ser utilizado na abordagem a estes indivíduos. A

integração social, o desenvolvimento e potenciação das relações com a comunidade (anteriores e novas) possibilitam uma maior capacidade adaptativa e uma melhor qualidade de vida, com diminuição (e proteção) da exposição a situações de risco.

Por fim, o autor utiliza-se da análise do macrossistema para se referir ao conteúdo dos sistemas anteriores, ao nível da cultura, crenças e ideologias subjacentes. É aqui que se introduzem as relações políticas e económicas de uma determinada sociedade. Como referido anteriormente, o consumo de álcool é uma questão cultural que envolve aspetos individuais e familiares. A necessidade de afirmação ou mesmo de pertença a grupos, leva o adolescente a experimentar esta substância, incorrendo muitas vezes em comportamentos de risco. Por outro lado, na idade adulta o hábito social de beber vinho e cerveja, ou mesmo uma bebida destilada é incentivado. No entanto é neste contexto que a embriaguez e a dependência passa a ser discriminada. (Yunes & Juliano, 2010)

Num estudo anterior, Bronfenbrenner utiliza outra categoria de avaliação que denomina de cronossistema, referindo-se à influência das mudanças desenvolvimentais da pessoa ao longo do tempo e divide-as em normativas (crises vitais como namoro, casamento, nascimento de filhos, adolescência, saída dos filhos, velhice, morte...) e em não-normativas (crises situacionais como ingresso na escola, desemprego, reforma, morte prematura de familiar...). Ocorre uma transição ecológica sempre que a posição da pessoa é alterada, em consequência de uma mudança de papel, ambiente ou de ambos. (Prati, 2005)

1.2.1- Dados epidemiológicos

O álcool causa anualmente 1,8 milhões de mortes e a perda de 58,3 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade, em todo o mundo. O custo económico resultante da utilização do álcool nos países industrializados representa entre 0,5 a 2,7% do Produto Interno Bruto, não contando com as consequências sociais associadas. A Europa é a zona do mundo com mais elevado consumo de álcool, em que 5% dos Homens e 1% das mulheres apresentam dependência alcoólica. (IDT I. , 2009)

Em Portugal, o II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa - 2007, refere que Portugal surge reiteradamente como um dos maiores consumidores de bebidas alcoólicas a nível europeu e mundial; de acordo com o World Drink Trends 2005, o nosso país situa-se em 8.º lugar (mundial) no consumo de etanol, em 4.º lugar no consumo de vinho, 23.º no consumo de cerveja e 32.º no de bebidas destiladas. Conclui também que a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,55%, quando comparado com o anterior estudo (2003). Representa cerca de 80% do consumo total de substâncias psicoativas. O consumo esporádico excessivo pe-

los jovens é também preocupante, na medida em que aumentou de 25 para 56% no mesmo período. (Balsa, Urbano, & Vital, 2007)

No Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006 53,2% dos residentes em Portugal referiu ter ingerido pelo menos uma bebida alcoólica no ano anterior, sendo que a proporção é mais elevada nos homens (65,4%) que nas mulheres (41,8%). O mesmo verifica-se para a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas na semana anterior. O vinho e a cerveja surgem como as bebidas mais consumidas.

A região Norte observou uma maior importância (60%), seguida do Algarve (52%), Centro (51%), Lisboa e Vale do Tejo e Alentejo (50%), Região Autónoma dos Açores (49%) e com um menor consumo de bebidas alcoólicas no ano anterior, a Região Autónoma da Madeira (35%). (INE, 2009)

Num estudo de âmbito europeu realizado recentemente (grupo etário dos 13 aos 18 anos) concluiu-se que existe uma diminuição do número de consumidores de álcool. No entanto verificou-se um aumento dos consumos mais intensivos e associados à embriaguez, nomeadamente maior frequência, maior quantidade de bebidas consumidas e com maior graduação alcoólica. (Feijão, Lavado, & Calado, 2011)

Muitos outros estudos demonstram que existe uma relação real e inquestionável entre a quantidade de álcool ingerido e a frequência e gravidade de várias doenças. As taxas de morbilidade e mortalidade associadas a cirrose hepática, neoplasias, acidentes de trabalho e sinistralidade rodoviária encontram-se intrinsecamente relacionadas com o consumo de risco desta substância. No que diz respeito a crianças provenientes de famílias afetadas pelo álcool, a Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco revelou, no seu relatório de 2005/2006, que mais de 40% das situações sinalizadas pertenciam a agregados familiares com PLA.

De acordo com alguns estudos o álcool está na origem de delitos, infrações e incumprimento de regras. De facto cerca de 40% da população reclusa estava ligada direta ou indiretamente ao consumo excessivo de álcool (homicídios 44%, furto 27%, fogo posto 5% e violação 1,5%). A corroborar estes dados, a Unidade de Alcoologia de Coimbra refere em estudo anterior, que cerca de 16,5% da população inscrita para tratamento tem ou já teve problemas com a justiça. Comparativamente com a frequência de crimes na população geral, as pessoas com PLA apresentam uma frequência dez vezes superior no que respeita a crimes sexuais, quatro vezes para ofensas corporais e duas vezes para fogo posto. (Mello, Barrias, & Breda, 2001)

Decorrente de todos estes fatores individuais, sociais e comunitários, a prevenção, tratamento e a reabilitação destas pessoas é fundamental. (Filho, 2005)

1.3- A FAMÍLIA ENQUANTO SISTEMA COM NECESSIDADE DE INTERVENÇÃO

A família surge como o lugar onde naturalmente se nasce, cresce, desenvolve e morre. Durante o ciclo de vida, os indivíduos podem inclusivamente pertencer a mais do que uma família. É um espaço de pertença, um grupo primário ligado não só por vínculos sanguíneos como também por laços afetivos e sentimentais. Dentro deste núcleo são criadas expectativas, aprendidos valores e normas e segue-se um padrão de crenças e costumes fomentador do processo de socialização e contacto com o mundo.

A Organização Mundial de Saúde em 1994 colocou a tónica da definição de família no eixo relacional, na medida em que o trabalho com a família deverá ultrapassar a ideia de laços biológicos ou legais, para passar a ser encarada como um grupo cujas relações são baseadas na confiança, suporte mútuo e destino comum. (OE, Dia Intenacional da Família 2008, 2008)

A família assume uma estrutura característica. Minuchin (1979) refere que esta estrutura é a rede invisível de necessidades funcionais que organiza a forma como os seus elementos interagem. É a imagem que se consegue obter do funcionamento dinâmico do grupo, nomeadamente dos parâmetros “quem, com quem, para fazer o quê, como, quando e onde?”. Outros autores assumem que é uma forma de organização ou disposição de um número de indivíduos que se interrelacionam de forma específica e recorrente. Estes têm condições e posições socialmente reconhecidas. (ALARCÃO, 2002)

De acordo com Whaley e Wong a família pode então assumir uma estrutura nuclear ou conjugal constituída pelo homem, a mulher e os seus filhos, biológicos ou adotados, que coabitam num ambiente familiar comum. Como principal característica desta estrutura surge a grande capacidade de adaptação, com reformulação da sua constituição quando necessário. Pode também assumir uma estrutura extensa ou consanguínea, mais ampla do que a anterior, incluindo alguns parentes diretos ou colaterais, como os avós e os tios. (WHALEY & WONG, 1989)

De acordo com Kaakinen e Birenbaum (2011), referindo-se a Dehnam (2005) devem ser considerados alguns aspetos para a determinação da estrutura familiar, nomeadamente os indivíduos que compõem a família, as relações entre eles, as interações entre eles e as interações com outros sistemas sociais. (KAAKINEN & BIRENBAUM, 2011)

A servir de base para o conceito anterior estão as relações familiares. Neste aspeto Lévi-Straus (1992) apresenta três tipos: as de aliança, resultante dos laços de parentesco do casamento ou união sexual reconhecida socialmente; as de filiação, como o reconhecimento de laços entre pessoas descendentes ou gerações de linha direta (pais, avós, bisavós) ou linha colateral (tios, primos); e as de consanguinidade, relativas aos irmãos. Explica também que é através desta relação de pessoas que se vinculam pelo casamento e/ou uniões sexuais, que se geram os filhos. (CUNHA & SANTOS, 2006)

Resultante da pesquisa bibliográfica, muitos autores mostram que o conceito geral de família remete, obrigatoriamente, para os conceitos específicos de funções e papéis familiares. Relativamente ao primeiro, Marcia Stanhope refere que uma das suas principais funções é proteger a saúde dos seus membros, dando apoio e resposta às necessidades básicas em situações de doença. Desta forma, a família, como unidade ou sistema, desenvolve um conjunto de valores, crenças e atitudes face ao interface saúde-doença que é expresso e demonstrado nos comportamentos dos seus elementos. Mencionando a obra desenvolvida por Duvall e Miller (1990) - *The Family Life Cycle*, a família tem um ciclo de crescimento, durante o qual passa por estádios de desenvolvimento previsíveis assentes em seis funções familiares, geralmente aplicáveis a todos os tipos de estruturas familiares: 1) *geradora de afeto* - entre os diferentes membros da família (casal, pais e filhos, ...); 2) *proporcionadora de segurança e aceitação pessoal* - promovendo no seu lar um desenvolvimento pessoal natural e estável; 3) *proporcionadora de satisfação e sentimento de utilidade* - através das relações de prazer e das atividades que satisfazem os seus membros; 4) *asseguradora da continuidade das relações* - proporcionando ligações e compromissos duradouros; 5) *proporcionadora de estabilidade e socialização* - assegurando a continuidade da cultura e identidade familiar e social, bem como a preparação dos membros para os seus lugares na hierarquia social; 6) *impositora da autoridade e do sentimento do que é correto* - relacionado com a aprendizagem sistemática das regras e normas, direitos e obrigações características das sociedades humanas. (Stanhope & Lancaster, 2011)

Ainda de acordo com a mesma autora, em todas as famílias cada membro ocupa determinado estatuto, o qual é orientado por papéis. Este conceito está relacionado com as expectativas de comportamento ou atitudes, e as competências para funcionar numa determinada posição que o membro assume. Numa constante tentativa de conciliação com as propensões da sociedade em que está inserida, a família tem tendência em modificar os seus papéis, tendo em conta a sua estrutura e as forças internas e externas à unidade familiar.

Referindo-se ao estudo realizado por Nye (1976), Marcia Stanhope diferencia os papéis familiares em dois grupos: aqueles inerentes aos adultos e aqueles inerentes aos irmãos. Para os do primeiro grupo aponta: 1) *socialização da criança* - relacionado com as atividades favorecedoras do desenvolvimento das capacidades mentais e sociais da criança; 2) *cuidados à criança* - físicos e emocionais perspetivando o seu desenvolvimento saudável; 3) *papel de suporte familiar* - incluindo a produção e/ou obtenção de bens e serviços necessários à família; 4) *papel de encarregada dos assuntos domésticos* - onde estão incluídos os serviços domésticos, que visam o prazer e o conforto dos membros; 5) *papel de manutenção das relações familiares* - relacionado com a conservação do con-

tacto com parentes e a ajuda nos períodos de crise; 6) *papéis sexuais* - associadas ao prazer e participação mútua; 7) *papel terapêutico* - assente na ajuda e apoio emocional aquando dos problemas familiares; 8) *papel recreativo* - através da proporção de divertimentos à família, visando o relaxamento e o desenvolvimento pessoal. Quanto aos papéis do segundo grupo (fraternais ou inerentes aos irmãos) são essencialmente promotores da socialização na família - contribuindo para a formação da identidade individual - bem como de defensores e protetores - ensinando a equidade, formando alianças, negociando e ajustando os seus comportamentos. (Stanhope & Lancaster, 2011)

Tendo em conta a emergente problemática dos PLA, convém perceber que repostas foram sendo criadas em Portugal, bem como algumas características das mesmas.

1.4- PROGRAMAS E PROJETOS DE INTERVENÇÃO – RESPOSTAS EXISTENTES

O alcoolismo em Portugal é um dos maiores problemas de saúde pública. O Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (2009-2012) teve como objetivo primordial reduzir de forma significativa o consumo nocivo de álcool, bem como diminuir os seus efeitos danosos em termos sociais e de saúde.

Este plano surgiu integrado nas metas do programa “Saúde para todos no ano 2015”, na Carta Europeia do Álcool (2006) e nas diferentes estratégias da União Europeia no apoio aos estados-membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool. A nível nacional vem dar resposta ao proposto pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional de Saúde 2004-2010. (IDT I. , 2009)

O Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool preconiza o desenvolvimento e aplicação de políticas e programas adaptados para a promoção de mudança de comportamentos. Um dos seus objetivos específicos é diminuir a exposição ao álcool e as suas consequências no indivíduo e família. Define como ações a deteção, avaliação, encaminhamento ou intervenção em familiares de doentes com dependência alcoólica, bem como a construção e implementação de programas estruturados em articulação multidisciplinar e intersectorial. (IDT I. , 2009)

O tratamento dos PLA tem uma relação custo/benefício efetivo, dado que diminui o impacto nos sistemas de saúde e de justiça, das complicações e problemas inerentes ao consumo desta substância. Resulta também numa melhoria significativa do funcionamento da família. Para isso alguns investigadores propõem o desenvolvimento de um leque de intervenções de apoio e ajuda multidisciplinar a estas famílias, o qual inclui a deteção precoce das alterações nas dinâmicas familiares, com especial atenção para os filhos de pais alcoólicos como prioridade nos cuidados de saúde e psicossociais (RIBEIRO, 2008).

Com a aprovação do Decreto-Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, foi criado o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), extinguindo-se, em consequência, o Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT). Neste contexto foram atribuídas ao SICAD competências de âmbito técnico e normativo no que diz respeito à intervenção, planeamento e avaliação de programas de redução do consumo de substâncias psicoativas e na prevenção dos comportamentos aditivos e das dependências, bem como o acompanhamento e coordenação do dispositivo da dissuasão. As Administrações Regionais de Saúde ficaram com a atribuição de parte da operacionalização das políticas e programas deste domínio.

O SICAD, como organismo major, elaborou um documento estratégico de intervenção o qual contempla a definição de uma Rede de Referenciação / Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências. Desta rede fazem parte os serviços de saúde públicos, bem como os diferentes sistemas envolvidos no acompanhamento destas populações, nomeadamente Segurança Social, Educação, Segurança Pública, Justiça. Contempla de igual modo parcerias com os dispositivos dirigidos à problemática da violência doméstica e familiar, às crianças e jovens em risco e aos jovens com problemas de adaptação e inclusão social. Esta rede teve como génese os progressos que a evidência científica tem vindo a consagrar e define uma visão holística do conceito de conduta aditiva e dependência, mobilizando outras políticas, programas e intervenções que vinham sendo estudadas e aplicadas, designadamente: Plano Nacional de Saúde 2012-2016, Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010-2012, Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências 2013-2020, Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016, entre outros. (SICAD, 2013)

Após a contextualização relativamente aos referenciais teóricos e programas de intervenção nos PLA, nos próximos capítulos encontra-se descrita a minha experiência de estágio do curso de pós licenciatura e especialização em Enfermagem Comunitária, numa unidade especializada no tratamento holístico da pessoa com PLA.

2- A UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE COIMBRA COMO ESTRUTURA REFERÊNCIA NA INTERVENÇÃO NA PESSOA COM PLA

Os comportamentos aditivos são fenómenos que podem surgir em qualquer fase da vida de uma pessoa. Geralmente têm uma evolução crónica, com recaídas frequentes e associação a outras patologias e alterações orgânicas, quer no plano físico quer no mental. O SICAD (2013) refere que é fulcral promover a acessibilidade da pessoa com dependência aos serviços diferenciados e especializados, nos quais serão submetidos a criteriosas avaliações e respostas concomitantes com o seu nível de gravidade.

2.1- O ENQUADRAMENTO NO SISTEMA NACIONAL DE SAÚDE

O Decreto Regulamentar n.º41/88 de 21 de novembro estabeleceu a criação dos Centros Regionais de Alcoologia do Porto, Coimbra e Lisboa. Estes visam a prevenção dos PLA e a coordenação das atividades no âmbito do tratamento da alcoologia nas respetivas zonas, procedendo às articulações com as administrações regionais de saúde, centros de saúde, hospitais gerais e psiquiátricos e outras instituições e grupos responsáveis pela saúde e bem-estar da comunidade. (IDT, 2011).

O Decreto-Lei n.º 221/2007 de 29 de maio integrou as atribuições dos Centros de Alcoologia do Centro, Norte e Sul (extintos) nas competências do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (extinto). Este instituto (e as suas unidades funcionais) tinha como jurisdição para a sua atividade, todo o território nacional, estando dividido em cinco delegações regionais. De acordo com o mesmo documento, tem como missão promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências, através de determinadas atribuições definidas pela tutela do Ministério da Saúde.

Inseridos nessas delegações regionais encontram-se os Centros de Respostas Integradas, os quais são constituídos por diversas Unidades Especializadas de Intervenção, nomeadamente Equipas de Tratamento (vulgo CAT's), Equipas de Prevenção, Equipas de Redução de Riscos e Minimização de Danos, Comunidades Terapêuticas, Unidades de Desabilitação e Unidades de Alcoologia.

Quanto às Unidades de Alcoologia, são serviços especializados no tratamento de pessoas com PLA. Estas estruturas disponibilizam serviços de consulta em ambulatório e internamento para desabilitação. Os utentes são atendidos por equipas de profissionais com diferentes valências, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de

serviço social, entre outros. A UAC tem como área geográfica de intervenção, a região centro.

2.2- INTEGRAÇÃO NA UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE COIMBRA

Para que uma organização funcione e atinja os seus objetivos, é importante existir um planeamento devidamente estruturado. A UAC assenta a sua ação num conjunto de atividades divididas ao longo do período de tratamento, quer seja em regime de ambulatório ou internamento para desintoxicação. A sua missão passa essencialmente pelo treino de competências da pessoa com PLA, através de estratégias psicoterapêuticas e de educação para a saúde com vista à capacitação para a abstinência. Através de processos individuais e de grupo, tem como objetivos promover a consciencialização da doença, ensinar hábitos de vida saudáveis (promover a mudança), habilitar para o controlo do desejo de consumo e para a capacidade de resolução de problemas e de gestão de críticas, dos seus clientes - indivíduo, família e comunidade.

No projeto de estágio (Anexo 1) tinha definido como objetivos específicos a integração na equipa multidisciplinar, bem como conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da UAC. Para a consecução destes objetivos procurei integrar-me de forma ativa e participativa nas dinâmicas e particularidades da equipa de saúde. O espírito foi o de constante promoção da relação de ajuda, promovendo o atendimento e disponibilidade numa abordagem de resolução de problemas a curto prazo e orientações futuras, de modo a efetivar a mudança e a desenvolver estratégias adaptativas de ajuste para lidar com as situações de crise.

Relativamente aos recursos humanos, na UAC trabalham cerca de trinta profissionais distribuídos pelas seguintes funções: dois médicos psiquiatras, três médicos de clínica geral, uma enfermeira chefe, dois enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, sete enfermeiros de cuidados gerais, três técnicos superiores de serviço social, quatro psicólogos, um terapeuta ocupacional, um ceramista, quatro administrativos, sete assistentes operacionais e dois auxiliares de apoio e vigilância.

O método de trabalho implementado no serviço de enfermagem é o método individual de trabalho por enfermeiro de referência, com base no modelo teórico de Virgínia Henderson. Procurei cumprir este método, integrando-o e utilizando-o no planeamento e prestação de cuidados de enfermagem de forma holística, tendo em consideração as dimensões físicas, psicológicas e sociais da pessoa com PLA e a sua família.

Através do Plano de Atividades de Enfermagem elaborado semanalmente pela Enfermeira Chefe do serviço (Anexo 2), sistematizam-se algumas atividades e responsa-

bilidades, tais como o enfermeiro responsável pelo processo inicial de internamento de novo grupo de doentes, o enfermeiro responsável pela articulação e acompanhamento na consulta externa e os enfermeiros responsáveis pelas diferentes sessões educativas, treinos de competências, reuniões comunitárias e gestão/aprovisionamento. Tive a oportunidade de integrar de forma eficaz as responsabilidades inerentes a cada um destes membros da equipa de enfermagem.

Outros dos objetivos específicos a que me propus foram a integração na equipa no atendimento e prestação de cuidados de enfermagem gerais e especializados no âmbito da Enfermagem Comunitária, bem como participar nos projetos de melhoria contínua e de qualidade da UAC.

A Unidade de Alcoologia de Coimbra disponibiliza aos seus utentes três formas de abordagem terapêutica: a consulta em regime ambulatorio - seguido por médico e assistente social; a consulta externa - seguido apenas por médico; o internamento - seguido por médico, enfermeiro, assistente social e terapeuta (psicólogo).

Esta abordagem clínica, o internamento, acontece após primeira consulta de avaliação. É a gravidade da situação (através de diversos parâmetros clínicos, como padrão de ingestão de bebidas, disfuncionalidade familiar e social, alteração dos valores analíticos e orgânicos...) que dita a urgência na data de internamento. Após integração em grupo para tratamento é internado e seguido durante três semanas pela equipa clínica do serviço. Posteriormente à alta continuará a ser acompanhado em consultas de *follow-up* durante três anos.

Ainda na abordagem por internamento, existe um outro grupo composto por utentes recaídos. Este grupo, designado por Internamento de Curta Duração, tem um programa terapêutico adaptado e essencialmente centrado na normalização dos parâmetros vitais, avaliação e prevenção da recaída; tem a duração média de duas semanas.

Tive o interesse e oportunidade de integrar ambos os grupos e desenvolver grande parte das atividades do plano com os diferentes elementos. Foi uma experiência enriquecedora e integrante, na medida em que a adaptação das estratégias terapêuticas às complexidades únicas dos doentes fizeram-me perceber o quão difícil e multidisciplinar é o tratamento da pessoa com PLA. As atividades e intervenções no âmbito da Enfermagem Comunitária realizadas serão analisadas mais à frente.

Também a família destas pessoas necessita de intervenção e apoio, tornando-se premente o seu envolvimento desde o início. De facto, na UAC são realizadas reuniões com as famílias desde o primeiro dia de internamento, as quais se encontram organizadas no cronograma de atividades do internamento (Anexo 3).

Numa fase final do estágio, e após ter assistido a algumas destas reuniões, fiquei responsável pela realização destas reuniões sempre que possível, contando com a supervisão do enfermeiro designado. Mais uma vez consegui perceber a alteração provocada no seio da família da pessoa com PLA.

Numa perspetiva de melhoria contínua e de qualidade da UAC, apresentei uma sugestão de organização da medicação presente na sala de enfermagem, a qual foi experimentada durante uma semana e findo o seu período experimental passou a ser adotada. Percebeu-se que contribuía para uma maior racionalização da medicação menos utilizada, representando, no mediato, um controle mais eficaz tanto ao nível da logística como dos custos do tratamento.

Também durante o meu período de estágio – e trazendo a experiência de outros locais de trabalho - colaborei na reorganização dos registos e documentação de enfermagem, participando de forma ativa nas reuniões de enfermagem e sugerindo adaptações, algumas das quais aceites e concretizadas.

A integração e conhecimento da orgânica e funcionamento do serviço foi facilitada pela receptividade e disponibilidade constante da equipa multidisciplinar, com destaque para a de enfermagem, a qual se mostrou muito colaborante, interessada e dedicada. Facilmente foram criados espaços de partilha de conhecimentos e aprendizagens, bem como de esclarecimento de dúvidas, numa perspetiva de crescimento contínuo.

2.3- CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA COM PLA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (EEEC) usa modelos e estruturas conceptuais no âmbito da promoção e educação para a saúde. Como referido anteriormente, o modelo sistémico de Betty Neuman é um modelo de sistema aberto, que perspetiva o foco da enfermagem na definição de intervenções apropriadas, em situações relacionadas com fatores de *stress* ou possíveis reações do sistema cliente.

Desta forma optei pela caracterização da população em estudo, agrupando os stressores identificados nas diferentes variáveis e sistemas das teorias descritas nos capítulos antecedentes – tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização da pessoa com PLA – principais stressores identificados.

Variáveis	Fisiológicas	Psicológicas	Socioculturais	Desenvolvimentais	Espirituais
Intrassistêmicos Microsistema	<ul style="list-style-type: none"> * Sintomas de privação * Descoordenação motora * Diminuição da força muscular * Dependência física * Suicídio 	<ul style="list-style-type: none"> * Desejo forte consumo * Dependência psicológica * Psicoses * Depressão e Ansiedade * Alteração na percepção * Intolerância à frustração * Falta de crítica * Alteração comportamento 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Família:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações nos relacionamentos familiares - Conflitos familiares - Incumprimento dos papéis familiares 	<ul style="list-style-type: none"> * Utilização da fuga e da negação face à doença * Dificuldades de aprendizagem * Comportamentos sexuais de risco (gravidezes indesejadas) 	<ul style="list-style-type: none"> * Descrença na religião e fé
Intersistêmicos Mesossistema	<ul style="list-style-type: none"> * Agitação física * Agressividade 	<ul style="list-style-type: none"> * Violência * <u>Laboral:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Aumento dos tempos de resposta - Incumprimento de responsabilidades * Baixa autoestima e sentimento de inutilidade * Frustração 	<ul style="list-style-type: none"> * Alterações nas relações interpessoais * Indefinição e incumprimento dos papéis * Delitos e problemas judiciais * Exclusão social * Discriminação e marginalização * Perda de reputação * Perda de amigos * <u>Laboral:</u> - Conflitos com colegas, Acidentes de trabalho, Índices produtividade inferiores, Desemprego 	<ul style="list-style-type: none"> * Dificuldades de adaptação trabalho/escola/ novos ambientes * <u>Laboral:</u> Absentismo * Criminalidade como forma de afirmação * Isolamento social * Dificuldade em lidar com o estigma social 	
Extrasistêmicos Exossistema Macrossistema	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de informação rede intervenção 		<ul style="list-style-type: none"> * Acessibilidade aos cuidados de saúde * Instabilidade política * Opções governativas * Área de intervenção fortemente afetada por concepções ideológicas * Profunda crise social e aumento das desigualdades sociais * Elevado desemprego * Empobrecimento das famílias * Mudanças de estilos de vida e padrões de consumo * Estigma social 	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Media</i> como promotores no <i>marketing</i> ao consumo 	

Como referido anteriormente, a pessoa com PLA vê-se frequentemente envolvida em situações de marginalização e exclusão social. Considerando-a um ser social e um agente intencional de comportamentos (quando não está sob o efeito psicoativo da substância), age de acordo com os seus valores, crenças e desejos. No entanto fá-lo de forma integrada num ambiente onde vive e se desenvolve, que influencia e origina influência.

Este ambiente pode ser constituído por inúmeros elementos, desde os humanos aos relacionais, dos físicos aos culturais, políticos, económicos e organizacionais. Centrar o foco na doença e nas suas manifestações físicas, sem considerar todos os outros fatores envolventes, é sinónimo de contributo para o agravamento dos seus problemas. Como referido anteriormente, a abordagem sistêmica de Neuman e Bronfenbrenner apontam para a necessidade da inclusão de fatores externos ou extrínsecos à pessoa, para a correta avaliação, diagnóstico e planeamento das ações.

O Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária vem ao encontro disso mesmo, ao referir que este profissional deve integrar variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde de uma comunidade. (OE., 2010)

Num outro plano de gravidade de saúde pública, surgem também evidências na associação ao absentismo laboral, comportamentos sexuais de risco, gravidez na adolescência, agressividade e violência.

Para o indivíduo dependente, o álcool transforma-se num dos principais agravantes do desajuste que ocorre no contexto familiar, tendo implicações graves nas relações interpessoais e prejudicando o desenvolvimento psicossocial dos seus elementos. Associado à dependência alcoólica, surgem problemas profundos como o relacionamento familiar alterado, perda de amigos, problemas no emprego (e desemprego), desentendimentos, violência verbal e, em casos mais extremos, violência física e suicídio. (IDT, 2011)

No plano social, um dos grandes fracassos dos indivíduos com PLA é o não cumprimento adequado do seu papel social, o que resulta em prejuízos sérios para si mesmo e para os outros. Estas pessoas rapidamente perdem a sua reputação junto de colegas, amigos e familiares, tornando-as mais intolerantes à frustração e como consequência aumentam o consumo de álcool.

A nível profissional são muitas vezes associados a estas pessoas, índices de produtividade inferiores, justificados com alterações psíquicas como a atenção, a vigilância, a capacidade de perceção e tratamento de informação, a tomada de decisões e a falta de crítica. O absentismo elevado, os longos períodos de baixa médica e as demissões são

frequentes, o que muitas vezes provoca desacatos, discussões, acidentes e discriminações nas equipas de trabalho. (Borges & Filho, 2004)

2.3.1- Caracterização da família da pessoa com PLA

Durante muito tempo, o uso e abuso de substâncias psicoativas foram vistos como um problema individual, relacionado com a classe social e a personalidade. A própria família, no caso do grupo populacional da pessoa com PLA, assume, por falta de informação, uma atitude preconceituosa e procura negar a existência do problema até que a realidade o mostra. A Organização Mundial de Saúde estima que para cada uma das pessoas com PLA, cerca de quatro a cinco outras são afetadas pelo problema, nomeadamente cônjuges, companheiros, filhos, pais, familiares próximos e amigos. Desta forma a família constitui-se como um sistema que tem influência na origem, no curso e nas consequências do desenvolvimento da dependência. Aqui os conceitos de papéis, disfuncionalidade, conflitos e desequilíbrios na estrutura familiar devem ser tidos em conta. (Melo, 2011)

O ambiente familiar é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, culturais, sociais e organizacionais, interligados em diferentes estruturas e níveis estruturais de influência mútua. Tal como feito anteriormente, também o sistema família pode e deve ser enquadrado numa perspetiva sistémica, para melhor compreensão do seu papel ativo e adaptativo com os sistemas circundantes. Desta forma o microsistema familiar diz respeito ao contexto imediato onde os seus membros interagem entre si e onde desenvolvem e aplicam os papéis familiares, de acordo com as funções e finalidades pretendidas.

O mesossistema entende-se como os contextos mais amplos que integram a rede social familiar, onde os membros participam ativamente e com os quais estabelecem vínculos - vizinhança, grupos de amigos, trabalho e rede comunitária.

O exossistema como os contextos que não envolvem os membros como participantes ativos mas que podem causar perturbação estrutural no microsistema, bem como nas interações deste com o mesossistema - alterações estruturais e organizacionais das instituições de saúde, profissionais e de educação.

O macrossistema corresponde a um nível mais amplo do ambiente, de influência muitas vezes indireta ou invisível; diz respeito às questões e padrões institucionais, políticos, culturais, sistemas de crenças e ideologias.

Por fim, o cronossistema corresponde à integração do fator tempo e às mudanças que daí decorrem, quer sejam normativas ou acidentais.

No que diz respeito às Linhas de Defesa e Resistência, na avaliação à família com PLA devem ser tidos em conta:

Linhas de Resistência: Vinculação familiar forte (principalmente com o membro com PLA), Apoio emocional presente e devidamente utilizado, Sistema estrutural coerente e assente na Resiliência.

Linha Normal de Defesa: Manutenção dos papéis e funções de todos os elementos, Comunicação eficaz e assente na Empatia, Mecanismos de *coping*.

Linha Flexível de Defesa: Crenças e informações sobre os PLA, Ideologias e falsos mitos, Vinculações ou Relações com rede social alargada, Atividades recreativas e de lazer.

Na avaliação da funcionalidade / disfuncionalidade da família, a característica mais manifesta é a presença de uma situação crónica de dependência e co-dependência. O dependente é alguém que tem o seu lugar e importância no seio da família e que evidencia um mau hábito ou comportamento; por sua vez o co-dependente é o elemento que, na sua tentativa de recuperar o dependente, agrava ou prolonga o problema. Segundo Jorge Cravidão o alcoolismo surge como fator que leva à disfuncionalidade da família. O co-dependente, embora não consuma, contribui de várias formas (muitas vezes inconscientemente) para o desenvolvimento da disfuncionalidade, por exemplo quando dá dinheiro ao dependente, sabendo que o vai gastar em álcool. Com o passar do tempo o temor vai-se apoderando deste membro, quer seja pelas repercussões (violência verbal e física), quer seja para proteger o dependente da sua exposição social. (Cravidão, 2007)

No mesmo trabalho, Jorge Cravidão refere que a família pode apresentar um ambiente nocivo para os seus elementos - especialmente para as crianças e adolescentes - quando não cumpre com os seus papéis. As relações interpessoais são desadequadas, não há transmissão de afeto (ou é feito de forma errada) e a pobreza não permitem que a criança se adapte; os problemas psicológicos, o alcoolismo ou a inadaptação sócio-laboral dos adultos transformam-se numa fonte de profundas perturbações para as crianças.

Relativamente às características das famílias com um membro com problemas de adição, os traços mais significativos são: 1) falta de companheirismo e afeto - falta de aceitação pelo progenitor, desvinculação, frieza afetiva e pobre identificação do filho com os pais, podendo levar ao abandono do lar parental; 2) controlo e supervisão deficientes ou muito autoritários - o "laissez faire" faz com que não haja normas e limites definidas pelos adultos (debilidade educacional), enquanto o autoritarismo faz com que os elementos atuem por obediência e sem juízo crítico; 3) alta frequência de mortes e separações na infância e adolescência - a experiência da separação como forma de manifestação das dificuldades familiares para se defender do desespero; 4) frequência de doenças

severas ou invalidantes - doenças degenerativas e acidentes laborais coincidem com a agudização dos consumos; 5) superproteção e intrusão - principalmente pela parte da mãe que não respeita (numa tentativa de proteção) a intimidade individual; 6) maior frequência de consumo de drogas legais (álcool, tabaco e tranquilizantes) - os progenitores são tidos como modelo e a utilização destas substâncias é justificada para controlar a tensão e ansiedade, o que leva ao desenvolvimento de atitudes a favor do consumo. (idem)

Fazendo referência a Marcia Stanhope, numa família disfuncional (presença de consumidor de álcool) desenvolvem-se regras restritas para manter as relações: não falar, não sentir, não confiar, não perder o controlo ou não procurar ajuda fora da família. O co-dependente tenta adaptar-se ao problema para tentar sobreviver emocionalmente, no entanto com frequência assume problemas de stress emocional e psicossomáticos. (Stanhope & Lancaster, 2011)

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária desempenha um papel importante, na medida em que a abordagem da rede familiar emerge como uma necessidade na intervenção psicossocial, principalmente devido à compreensão da família como um recurso potencial com vista à mudança. Esta abordagem preconiza colocar em movimento as forças, potencialidades e recursos dentro do sistema familiar, que possam gerar suporte e controle necessários para lidar com o stress, dificuldades e doenças.

3- A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: A CAPACITAÇÃO COMO ESTRATÉGIA PRIMORDIAL NA REABILITAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA COM PLA

O processo de cuidados é um processo de interação entre o cliente e o profissional. O primeiro representa o foco ou centro de interesse e o enfermeiro é o agente detentor de conhecimentos específicos que lhe permite fazer o diagnóstico e planejamento do cuidado, executando-o de forma autônoma ou interdisciplinar. (Amendoeira, 2000)

A prática de enfermagem centrada na população tem o propósito de incitar a mudança na saúde da comunidade como um todo. Segundo Stanhope e Lancaster (2011) esta mudança tem de ocorrer frequentemente a vários níveis que vão do individual ao social. As funções do enfermeiro devem enfatizar competências nos cuidados diretos e individuais, devem centrar-se na família como unidade de cuidados e ainda na comunidade como unidade de cuidados. Os mesmos autores referem, ainda, que os modelos de prática colaborativos envolvem a comunidade e os enfermeiros na tomada conjunta de decisões, considerando que na prática centrada na população o enfermeiro e a comunidade procuram em conjunto mudanças saudáveis.

3.1- MODELO DE INTERPRETAÇÃO SISTÊMICA DA PESSOA COM PLA

O cliente como sistema é composto por uma estrutura básica, graficamente representada no círculo interno do esquema. Aqui entram os fatores básicos de sobrevivência ou os recursos energéticos, comuns a todas as pessoas, mas com características peculiares do indivíduo com dependência alcoólica. São integradas as variáveis fisiológicas e psicológicas intrassistêmicas. A estrutura é protegida da reação provocada pelos stressores, por forças e energias que têm como objetivo a retenção, obtenção e manutenção da estabilidade e integridade do sistema.

Com o objetivo de integrar os conceitos dos referenciais teóricos utilizados, desenvolvi um modelo de interpretação sistêmica da pessoa com PLA, o qual apresento e descrevo de seguida (figura 4).

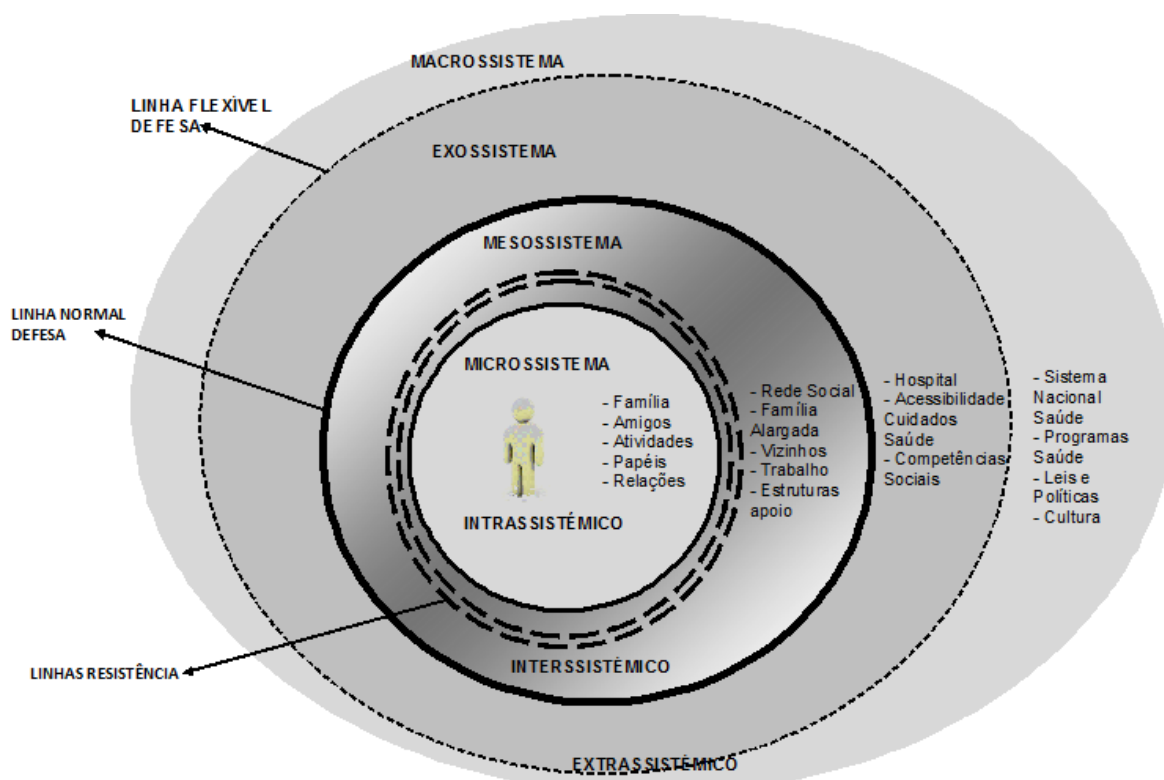


Fig. 4 – Modelo de interpretação da pessoa com PLA numa perspectiva sistêmica, adaptação original do Modelo Sistêmico de Betty Neuman (2004) e do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (1996).

Ao círculo interno seguem-se uma série de circunferências - linhas de resistência - que representam fatores internos de resistência. Estas variam ao longo da vida e do estado de desenvolvimento da pessoa, estilo de vida e experiências passadas. A sua função é manter a estabilidade e harmonia entre o indivíduo e o meio. Numa situação de stress tentam estabilizar e fazer com que o cliente volte ao seu estado normal de bem-estar.

Na prevenção secundária a intervenção do EEEEC acontece após o início da reação aos fatores de stress. Aqui urge reforçar as linhas de resistência para reduzir o grau de “contágio” da estrutura básica. No entanto, ao nível da prevenção terciária (reinserção) o objetivo é claramente manter ou restaurar o equilíbrio do sistema em direção à prevenção primária. É importante fortalecer ao máximo as linhas de resistência.

- Linhas de resistência PLA: Vínculos familiares positivos e com apoio emocional; Sistema familiar estruturado, normativo e coerente; Estabilidade e coesão familiar; Capacidade de aprendizagem e de mudança efetiva de comportamentos de risco ou atitudes facilitadoras ao consumo de álcool; Prevenção da recaída eficaz.

A circunferência seguinte é representada por uma linha contínua e forte - linha normal de defesa - que representa o nível habitual de estabilidade e o estado normal de

bem-estar; esta linha modifica-se ao longo da vida como resultado das tensões criadas pelos stressores que a atingiram e sempre que a linha flexível de defesa não ofereça proteção adequada. Sempre que isto acontece o sistema do cliente reage e surgem sintomas de instabilidade e doença.

- Linhas normais defesa PLA: Boa capacidade intelectual; Estratégias de *coping* eficazes; Flexibilidade, capacidade de adaptação, autocontrolo; Manutenção dos rituais, funções e papéis familiares/sociais.

A última linha desta estrutura faz a transição entre os sistemas mais imediatos do cliente e o meio mais afastado, mas com o qual interage - linha flexível de defesa. É a mais dinâmica e com maior capacidade adaptativa às alterações (stressores) provenientes do ambiente. A sua função é servir de barreira exterior, evitando a invasão da linha normal defesa; funciona como um verdadeiro filtro permitindo que passem os estímulos positivos, que estimulam o desenvolvimento e o crescimento da estrutura.

O EEEEC intervém na prevenção primária antes da ocorrência da reação aos stressores, fortalecendo a linha flexível, o que permite uma melhor adaptação.

- Linhas flexíveis defesa PLA: Expectativas de futuro positivas; Sentido de responsabilidade; Conhecimentos básicos sobre o álcool e os PLA; Supervisão e reforços das normas e condutas sociais e de saúde; Vinculação a grupos ou instituições sociais (religiosos, culturais, de apoio, desportivos); Participação em atividades de grupo positivas; Normas sociais claras relativas ao não consumo de substâncias psicoativas; Oportunidades para participar em atividades sociais e de lazer alternativas ao consumo.

3.2- A ABORDAGEM INDIVIDUAL

De acordo com Betty Neuman a enfermagem é uma profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao stress. Para a autora a principal preocupação da enfermagem é ajudar o sistema do cliente a atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema. (Towey & Alligood, 2004)

Desta forma, é importante passar para uma intervenção centrada na relação do cliente com os cenários e atores relevantes do seu quotidiano, e investir na competência das pessoas para se tornarem agentes ativos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário. (Jeremias e Rodrigues, 2010).

Também indo ao encontro do referido Plano Nacional para a Redução dos PLA, é necessário desenvolver e aplicar políticas e programas adaptados para a mudança dos comportamentos... A intervenção precoce quer na prevenção, quer na reabilitação das pessoas com PLA implica a integração multidisciplinar e comunitária de vários agentes.

A relação terapêutica criada na UAC considera a pessoa, o grupo e a família, levando à compreensão de si mesmo e do seu processo patológico. Na abordagem individual os cuidados de enfermagem são feitos de forma individualizada tendo em conta o processo de cuidados planeado, com o objetivo de melhorar e manter as potencialidades da pessoa.

Na identificação do abuso de substâncias e planeamento das intervenções apropriadas, o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária deve abordar individualmente cada cliente. Após a identificação do abuso ou dependência, o enfermeiro deve ajudar o cliente a compreender a ligação entre os seus padrões de consumo de droga e as consequências negativas para a sua saúde, família e comunidade/sociedade, numa perspetiva sistêmica.

A atitude permanente baseada na relação de ajuda, ao invés da atitude reprovadora e de crítica, aumenta a eficácia da utilização dos recursos e das intervenções.

Um dos objetivos específicos do projeto de estágio era planear, desenvolver e negociar o plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde, prescrevendo intervenções de enfermagem baseadas na evidência. Através da realização de entrevistas de enfermagem, fiz e promovi a integração da pessoa com PLA no programa terapêutico da UAC. Após recolha de informação e estabelecimento de diagnósticos de enfermagem, planeei os cuidados e intervenções de enfermagem, definindo os objetivos. O EEEEC tem como competências estabelecer as prioridades em saúde de uma comunidade, concebendo estratégias de intervenção exequíveis e articuladas e definindo objetivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde.

Indo ao encontro destas e de outras competências, em fases seguintes do processo de reabilitação realizei a avaliação do processo, promovendo a motivação e a responsabilidade na utilização de todos os recursos disponíveis para a adoção de estilos de vida saudáveis. Aqui foram novamente abordados temas como o autocuidado, a promoção ao regime terapêutico, a correta nutrição e hidratação, o padrão de sono e descanso e a ocupação de tempos livres.

3.3- A ABORDAGEM DE GRUPO

Como planeado no projeto de estágio, tive a oportunidade de seguir um grupo (várias vezes) durante as três semanas de internamento, acompanhando e intervindo no seu percurso em todas as fases do programa terapêutico com intervenção de enfermagem, bem como em articulação com outros profissionais da UAC - assistente social, psicóloga,

educadora social, médico, entre outros. De acordo com as competências específicas do EEEEC, este deve promover o trabalho em parceria com diferentes profissionais de forma a garantir uma maior eficácia das intervenções.

Durante o longo tratamento da dependência alcoólica é fomentado na UAC a integração dos familiares - em especial o cônjuge e filhos - em conjunto com outras pessoas significativas e grupos de alcoólicos tratados. Consegui estabelecer com algumas entidades contactos informais que proporcionaram a partilha presencial de experiências, as quais representam parcerias com a comunidade, algo em que o EEEEC está apto para desenvolver.

Este modelo integrador é designado como Tratamento Compreensivo; a sua génese biopsicossocial é simultaneamente dirigida à pessoa com dependência alcoólica, através de uma abordagem biofarmacológica e psicológica, mas também ao seu universo familiar e social - sistémica. Tem como principais objetivos: cuidar e assistir na desintoxicação alcoólica e suas complicações; proporcionar à pessoa meios para reconstrução ou reorganização de vida; restabelecer capacidades relacionais com o seu meio; estabilizar um novo estilo de vida “auto-adaptado”, mantido e valorizado pelos aspetos gratificantes que dele advêm. (Teixeira, 2004)

Como anteriormente referido foram muitas as atividades que desenvolvi no estágio em causa. De seguida apresento as que considero mais relevantes.

A Reunião de Acolhimento tem lugar no primeiro dia de internamento, logo após o almoço. O seu principal objetivo é promover a adesão ao programa terapêutico. Nesta reunião, fiz a apresentação do programa terapêutico e os seus objetivos, nomeadamente a duração prevista do processo; as sessões de educação para a saúde; as sessões psicoeducativas, as sessões de grupo (“Álcool e Família”, “Álcool e Acidentes”, “Álcool e Sexualidade”); a explicação das normas, horários e regras de funcionamento (telefonemas, compras, higiene e autocuidado, refeições, saídas do recinto, locais de fumo). Também durante este momento abri espaço para a apresentação de questões e esclarecimento de dúvidas, promovendo a relação de ajuda.

A Reunião Comunitária é um espaço de autoanálise e de partilha em grupo das vivências comunitárias das pessoas com PLA em tratamento. É realizada diariamente com a presença de todos os doentes das três fases do tratamento. À terça-feira inclui a nomeação do doente delegado, cujo papel consiste em facilitar a integração dos novos doentes no espaço físico da UAC e em proceder ao enquadramento dos mesmos nas normas do programa terapêutico. Compete-lhe ainda a aquisição de artigos de consumo

individual para os seus pares. À sexta-feira inclui a distribuição de tarefas, nomeadamente higienização e segurança das diferentes enfermarias, sala de convívio e copa, responsabilidade na biblioteca (requisição de jornais, revistas, livros e jogos), rega dos espaços de jardim, entre outros.

Esta reunião tem como objetivos avaliar e planear a participação ativa dos doentes internados na vida comunitária da UAC, incentivar as relações interpessoais, promover a proatividade na prossecução do projeto de saúde, promover a adesão ao tratamento, prevenir e resolver conflitos e promover uma cultura relacional salutar e favorável ao exercício da cidadania. Aqui desenvolvi mais uma competência do EEEEC, nomeadamente liderar processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.

As Sessões Psicoeducativas são intervenções que utilizam técnicas cognitivo comportamentais e de educação para a saúde, que têm como finalidade major maximizar os ganhos em saúde, através quer do tratamento, quer da gestão informada da doença nas suas várias dimensões. Este tipo de abordagem evidencia efetividade na diminuição da recaída e inclui aspetos específicos da patologia e problemáticas associadas. O EEEEC desempenha um papel fundamental ao mobilizar conhecimentos de várias áreas com vista à capacitação de grupos ou comunidades.

Os principais objetivos prendem-se com a consciencialização da doença e dos mecanismos de adaptação (mecanismos de *coping*), bem como uma capacitação para um estilo de vida saudável, nomeadamente para a opção por bebidas sem álcool, fortalecendo as linhas normais de defesa e as de resistência. Pressupõe-se aprendizagem sobre: a doença e o tratamento, gestão de emoções negativas (como a culpa e a vergonha), mitos relacionados com o uso de álcool e técnicas de resolução de problemas – importantes no desenvolvimento de linhas flexíveis de defesa mais fortes e eficazes.

As intervenções psicoeducativas são um módulo de cinco sessões, nas quais são utilizadas metodologias participativas (jogos e dinâmicas de grupo) e suportes informativos (diapositivos, cartazes, folhetos). Os temas abordados são: Tipo de bebidas alcoólicas e não alcoólicas, Graduações e equivalências das bebidas alcoólicas, Percurso do álcool no organismo, Patologia alcoólica, Falsos conceitos relacionados com as bebidas alcoólicas.

As ações realizadas têm como objetivo major procurar parar o consumo de álcool; para isso a transmissão de informação nas diferentes sessões organizadas, bem como nas consultas e abordagens individuais, é feita de forma empática e cuidada. A minha intervenção teve como intuito promover a autorresponsabilização da pessoa, quer pela sua doença, mas essencialmente pela sua reabilitação. Nesta fase recebe informações

detalhadas e claras sobre a sua condição física e social, assim como sobre as consequências do consumo de álcool.

As Sessões de Educação para a Saúde (SES) realizam-se também em grupo e têm como objetivo promover estilos de vida saudável e sensibilizar para a economia dos recursos ambientais e cidadania. Geralmente durante o período de internamento são realizadas duas sessões de educação para a saúde, uma subordinada ao tema “Preservar para poupar” e outra cujo tema surge do diagnóstico efetuado pela equipa de enfermagem.

Realizei várias SES quer com o tema do ambiente, como também cidadania ativa, regras de convivência em grupo, atividades lúdicas e de lazer em grupo, exercício físico, alimentação saudável e hidratação. Os objetivos comuns destas sessões foram: aliviar a tensão física e psíquica, facilitar a consciencialização da doença e implicações, favorecer as relações interpessoais, obter prazeres não mediados pelo consumo de álcool, re/criar hábitos saudáveis de ocupação dos tempos livres – fortalecimento das linhas de resistência e normais de defesa.

As Sessões de Relaxamento são orientadas por enfermeiros devidamente qualificados para o efeito e decorrem de acordo com um guião pré-estabelecido. A técnica utilizada é o Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson, numa versão adaptada (pela equipa) e visa proporcionar conforto e alívio da tensão muscular e psíquica, melhorando o padrão de sono, a gestão da ansiedade e educando para uma possível estratégia de *coping*.

Tendo em conta que não tenho formação para realizar estas sessões, apenas tive a oportunidade de assistir a algumas delas.

A utilização de técnicas de relaxamento em grupo faz parte do programa de tratamento em internamento nesta unidade. As sessões de relaxamento são realizadas por enfermeiros nas diferentes semanas de internamento. Sendo uma estratégia há muito utilizada como coadjuvante no tratamento da dependência alcoólica, a sua evidência nunca foi estudada ou investigada neste serviço.

Neste sentido, surgiu a necessidade de avaliar a efetividade da utilização destas técnicas, nomeadamente no que diz respeito às alterações nos níveis de ansiedade, valores tensionais (Tensão Arterial), utilização de medicação ansiolítica ou indutora de sono e outros dados importantes, nomeadamente associados a características sociodemográficas e culturais dos indivíduos em tratamento.

Foi então desenvolvido por mim, pela Enfermeira Chefe do serviço e por um dos enfermeiros especialistas, com a colaboração da professora Teresa Barroso (Escola Su-

perior de Enfermagem de Coimbra) um projeto com o objetivo geral de avaliar o efeito da utilização das sessões de relaxamento nos níveis de ansiedade dos clientes internados na UAC, o qual se encontra em anexo (Anexo 4).

O projeto ficou terminado e pronto a ser posto em prática pela equipa, no entanto não pude participar nesta fase por término do tempo de estágio.

Como EEEEC na UAC dirigi a intervenção terapêutica para além dos défices e limitações da pessoa, centrando o foco na identificação e exploração das competências e forças pessoais. Esta visão das problemáticas individuais vai muito ao encontro dos princípios motivacionais, alicerçando-se igualmente nos princípios do direito de escolha, na responsabilização pela tomada de decisões conscientes - no *empowerment*.

De acordo com Zélia Teixeira (2010) o conceito de *empowerment* reflete uma profunda mudança no paradigma de compreensão do fenómeno da dependência alcoólica, uma vez que é com base nesta noção que a pessoa com PLA deixa de possuir um papel passivo e passa a ser detentor de poder e a ter um papel ativo no seu percurso de mudança. O *empowerment* é o processo pelo qual se atribui influência ou poder acrescido ao cliente, concedendo-lhe autonomia e responsabilidade - agente de mudanças. (Rodrigues & Teixeira, 2010)

Numa vertente mais direcionada para a educação para a saúde, Carvalho (2006) refere-se ao conceito de *empowerment* como sendo constituído por três aspetos específicos e fundamentais: a aquisição de competências, que envolve a presença de pensamento crítico e a tomada de decisão crítica e consciente; a autoconfiança e competências interpessoais, que pressupõe o conhecimento cognitivo, incluindo a compreensão sobre a informação relacionada com a saúde e aumento da consciência crítica; a perceção psicológica, que envolve a autoestima, autoeficiência e perceção de controlo. Conclui-se então que o *empowerment* está diretamente relacionado com a capacidade do sujeito fazer opções informadas sobre a sua saúde.

3.4- A ABORDAGEM NA FAMÍLIA

A intervenção do EEEEC orientada para um grupo populacional de pessoas com PLA como cliente deve considerar a ativação de meios ajustados a esta população, meios esses que possibilitem alcançar uma reabilitação bem-sucedida e um nível superior de qualidade de vida.

Recentemente a Ordem dos Enfermeiros procedeu à adoção do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como referencial em Enfermagem de Saúde Familiar. A Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária pronunciou-se sobre o

mesmo, reconhecendo que o modelo em causa integra a complexidade do sistema familiar, permitindo a interligação entre as etapas do processo de enfermagem e constituindo-se como um instrumento orientador e sistematizador das práticas de enfermagem de saúde familiar. O seu cariz dinâmico, flexível e interativo, permite ao enfermeiro propor intervenções que deem resposta às necessidades das famílias, identificando, com rigor, as mesmas. (OE, Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar, 2011)

Como axiomas principais deste modelo, surgem algumas características como: a avaliação realça as forças e potenciais da família; as intervenções são elementos promotores da capacitação da família na resolução dos seus problemas, e integram as relações afetivas e comportamentais (funções e papéis) dos seus elementos. Integra também, a utilização de escalas e outros instrumentos de recolha de dados como o genograma e o ecomapa, indo de encontro aos artigos analisados, os quais recorreram da mesma forma à utilização de instrumentos de avaliação das interações familiares, nomeadamente no que diz respeito à comunicação, ao impacto familiar da doença, às expectativas do tratamento, aos papéis e relações familiares. (FIGUEIREDO, 2012)

A partir deste referencial é possível avaliar a pessoa inserida em diversos sistemas inter-relacionados e analisar a complexidade humana dos PLA.

A interação entre as crenças pessoais e familiares, a incorporação da informação sobre a doença e a perceção sobre o seu controlo, são exemplos do processo saúde-doença e conseqüente adaptação da família aos PLA. Para além destas características, a capacidade de aprendizagem e desenvolvimento constituem-se como dimensões essenciais na manutenção ou melhoria do funcionamento familiar. Aqui, a formação e o *empowerment* através da educação para a saúde e parental são essenciais.

O EEEEC tem por finalidade a capacitação da família a partir da maximização do seu potencial de saúde, ajudando-a a ser proactiva na consecução do seu projeto de saúde e adaptação às alterações. A intervenção deve ter por foco os elementos promotores da aprendizagem e autonomia dos membros e do sistema, desenvolvendo-se num contexto multi-relacional e integrando as respostas afetivas, cognitivas e comportamentais.

A coesão, flexibilidade e adaptabilidade, além da qualidade do padrão comunicacional e a sua capacidade para desenvolver e manter uma rede social, funcionam como recursos que permitem resolver as crises com sucesso, sendo facilitadores dos processos de adaptação.

Para além da resiliência familiar - associada às perspetivas positivas -, o *coping* familiar surge como o conjunto de medidas, estratégias e comportamentos familiares

concebidos para manter a homeostasia e encetar esforços para combater o agente de stress. (FIGUEIREDO, 2012)

O EEEEC mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades. Assim, ao longo do estágio tive a necessidade de desenvolver ainda mais algumas características específicas nesta área de cuidados; a relação terapêutica associada a uma comunicação assertiva e adaptada à pessoa e família foi um dos principais desafios.

Para um sucesso no tratamento é determinante a promoção da autonomia do(s) cliente(s) e neste sentido procurei envolver a família no processo; o enfermeiro, dotado de todas as suas características formativas e profissionais, ocupa uma posição favorável para conhecer, intervir e prever as respostas ao processo de doença e ser tratamento.

A Reunião com Prestadores de Cuidados / Familiares vem dar resposta ao pensamento sistémico e à abordagem integrante da UAC no tratamento da pessoa com PLA. Como referido anteriormente, a dependência do álcool tem graves repercussões a nível familiar, designadamente nas relações interpessoais, introduzindo alterações nos padrões de desempenho dos papéis de cada membro da família.

Esta reunião é orientada no sentido de “desocultar” os mecanismos de defesa adotados, favorecer atitudes mais positivas face ao seu familiar com PLA e promover uma maior colaboração no tratamento. Neste espaço o enfermeiro desconstrói os mitos associados à doença, consciencializando para a sua cronicidade e implicações, ao mesmo tempo que potencia o desenvolvimento de mecanismos de adaptação e *coping*, abrindo lugar para o esclarecimento de dúvidas e promovendo o envolvimento do familiar no processo terapêutico, diminuindo a sua ansiedade.

Com esta intervenção direcionada à família da pessoa com PLA objetiva-se também potenciar os papéis de suporte familiar, as relações familiares, o afeto e a compreensão. (Stanhope & Lancaster, 2011)

Sistemicamente as intervenções que realizei com a família da pessoa com PLA incidiram essencialmente nos contextos intra e intersistémicos, através do fortalecimento das linhas de resistência – promovendo uma vinculação forte com o membro com PLA e uma estrutura familiar assente na resiliência – e das linhas normais de defesa – educando para estratégias de comunicação eficaz e empáticas, mecanismos de *coping* e promovendo o restabelecimento e manutenção dos papéis e funções de todos os elementos da família.

Relativamente ao contexto mais externo do sistema familiar, procurei fortalecer as linhas flexíveis de defesa através da informação disponibilizada, da desmistificação de

falsas crenças e mitos relacionados com o consumo de álcool, bem como da promoção da vinculação a relações sociais mais alargadas e atividade recreativas, de lazer e de cidadania.

Na UAC considera-se importante que existam reuniões pós-tratamento de associações e clubes de abstinentes, fomentando-se isso mesmo através da divulgação destes grupos e de uma reunião semanal com representantes dos mesmos. Estas sessões e reuniões são verdadeiramente estimulantes para a motivação e consequente estabilização da abstinência ao álcool e valorização da promoção individual e social dos seus elementos.

Estes clubes de Abstinentes são incomparáveis auxiliares dos técnicos de saúde, na medida em que detêm um conhecimento mais aprofundado dos recursos que a comunidade à qual a pessoa com dependência alcoólica pertence.

3.5- A REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA COMO SUPORTE DA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA NA CAPACITAÇÃO DA PESSOA COM PLA

Dada a problemática emergente do álcool, vários documentos e investigações têm vindo a ser produzidos a nível internacional e nacional. Estes demonstram uma série de evidências científicas, conceitos, orientações e recomendações, estando na génese de alguns programas de intervenção.

Segundo Kearney's a "meta-família" inclui diferentes modelos de pesquisa que constroem sínteses de estudos qualitativos, num *continuum* de interpretação e de complexidade, até ser capaz de gerar teoria. Nesta família incluem-se diversos tipos de trabalho, como a metaetnografia, metasíntese, análise agregada, entre outros.

A metasíntese não é apenas uma simples revisão de literatura, mas antes, em si mesma, uma representação de investigação; pode partir de uma questão ou levantamento de hipóteses, segue sempre as mesmas regras na busca de dados novos em estudos e fontes primárias. (Polit & Beck, 2006)

Traça objetivos e um percurso metodológico que lhe dê resposta. Integra estudos de natureza qualitativa, definindo para a sua seleção e critérios de inclusão e de exclusão para os mesmos. Por outro lado, a estratégia de análise passa pela síntese de cada estudo, pela descrição, comparação e interpretação dos resultados e eventual agregação dos mesmos em categorias. Foi este o percurso realizado na fase seguinte do trabalho.

3.5.1 – Definição do protocolo de pesquisa

Recorrendo ao processo da Revisão Sistemática da Literatura (RSL), utilizei a estratégia PI[C]OD que procurou dar resposta à questão formulada. Foi então construído o protocolo que conduziu a revisão sistemática da literatura: definição da questão de investigação, procura e seleção dos estudos, avaliação da qualidade metodológica dos estudos, extração dos dados e síntese de resultados (tabela 2). Em todas as fases do processo foram utilizadas as orientações do *Centre for Reviews and Dissemination*. (Higgins & Green, 2011)

Com o objetivo de identificar quais as intervenções de enfermagem no tratamento da pessoa com PLA, decidiu-se centrar a revisão de literatura na procura sistemática de estudos de qualidade que respondam à seguinte questão:

Quais as intervenções (I) que promovem o empowerment (O) da pessoa com PLA (P)?

Tabela 2 – Sistematização dos conceitos e formulação da pergunta PI(C)OD

P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa com PLA	<i>Palavras-chave</i>	Descritores
I	Intervenções	O que foi /será feito?	Intervenções de Enfermagem	* Intervenções Enfermagem	Hierarquizados - Nurs*
C	Comparações	-----		* Problemas	- Alcohol*
O	Outcomes	Resultados ou consequências	Empowerment	Ligados ao Álcool * Empowerment	- Empowerment

Partindo da pergunta defini critérios de inclusão e de exclusão de estudos para a RSL, nomeadamente...

Critérios Inclusão - filtro cronológico de 10 anos (01-07-2004 a 01-07-2014); acesso a *full text* e com resumo disponível; estudos centrados na temática do tratamento holístico dos PLA; estudos cujos participantes estão em regime de internamento; estudos com evidência científica - quantitativos ou qualitativos; estudos em que pelo menos um dos autores é enfermeiro.

Critérios Exclusão - estudos em outras línguas que não o português, inglês ou castelhano (incapacidade do investigador na correta tradução); estudos cujos

participantes tenham idade inferior a 18 anos (Saúde Infantil incluída); estudos cujos participantes tenham deficiência mental.

Com recurso à plataforma MeSH Browser disponível *online*, identifiquei os descritores mais apropriados: Nurs* (correspondendo a todas os descritores relacionados - nurse, nurse care, nursing...), Alcohol* (correspondendo a todos os descritores relacionados - alcoholism, alcohol dependence/abuse/addiction), e Empowerment, devidamente traduzidos para inglês de forma a potenciar os resultados.

A pesquisa bibliográfica de evidência foi realizada no dia 10 de outubro de 2014, recorrendo às bases de dados e limitadores inscritos na tabela 3 e utilizando o banco de dados EBSCOhost.

Tabela 3 – Bases de dados consultadas e limitadores utilizados – 10/10/2014

Bases de dados eletrónicas	Limitadores
CINAHL PLUS with full text	Full text
MEDLINE with full text	PDF
Cochrane Database of Systematic Review	Resumo disponível
Nursing & Allied Health collection Comprehensive	Qualquer autor enfermeiro
Mediclatina	Data publicação: novembro 2004 a outubro 2014

3.5.2- Resultados e discussão da Revisão Sistemática da Literatura

Como resultado da aplicação do protocolo descrito, foram obtidos vinte artigos diferentes. Após a leitura do título e resumo de todos, foram rejeitados dezassete por não dizerem respeito na íntegra à temática em estudo.

Foram então analisados três artigos que respondiam de forma positiva à temática em causa e realizadas fichas de leitura para cada um deles, com critérios definidos, nomeadamente o título, autores, ano da publicação e país, objetivos, método (ou desenho), participantes, intervenções, resultados e nível de evidência – as quais se encontram em anexo (anexo 5).

Elaborei também um resumo (tabela 4) dos artigos selecionados com a informação sintetizada no que diz respeito ao estudo (autores, título, ano e país de publicação), desenho, participantes, intervenções e níveis de evidência – de acordo com a escala de Guyatt e Rennie (2002). Os artigos foram numerados de acordo com a data da sua publicação – do mais recente para o mais antigo.

Tabela 4 – Enquadramento dos artigos selecionados

	Artigo 1	Artigo 2	Artigo 3
Título	<i>Involving service users in delivering alcohol addiction therapy</i>	<i>Improving addictions treatment outcomes by empowering self and others.</i>	<i>An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence.</i>
Autor, Ano e País de Publicação	Clementinah Rooke, Benjamin Jones e Michele Thomas. 2014. Reino Unido	Thomas E. Wood, Paula E. Golden, David E. Golden e Vijayan K. Pillai 2010. Austrália.	Me-Yu Yed, Hui-Lian Che, Li-Wei Lee e Fen-Fang Horng. 2008. Taiwan.
Orientação Metodológica	Estudo experimental	Estudo exploratório	Grounded Theory Method
Participantes	Cinquenta e dois indivíduos com PLA em tratamento no Brian Hore Unit Hospital.	Vinte e seis indivíduos internados em casas de tratamento para problemas de adição.	Nove indivíduos com sucesso na abstinência alcoólica, monitores por grupos de tratamento e auto-ajuda nos PLA.
Intervenções	Utilização de um facilitador responsável pela organização e dinâmica de intervenções e terapias de grupo, nas quais são administradas informações credíveis acerca da doença, suas implicações, tratamentos e recuperação.	Utilização de terapia/intervenção de grupo que consistia em explorar e desenvolver através da capacitação, competências comunicacionais, de resolução de conflitos e problemas, mecanismos de coping e de fuga, prevenção da recaída, coesão social e de grupo, etc.	Assistência e supervisão de reuniões e terapias de grupo de pessoas com PLA e entrevistas aos seus monitores.
Evidência	Nível 5	Nível 4	Nível 5

De seguida procedi a uma contextualização e respetiva discussão da pertinência trazida pelos artigos analisados.

Artigo 1

O programa SMART Recovery assenta a sua génese na preposição de que a adição parte de um modelo abstrato de escolha da pessoa, derivado de comportamentos adquiridos. Desta forma também a sua recuperação pode e deve passar por um conjunto de escolhas que devem ser ensinadas por especialistas – num processo de capacitação. (Rooke, Jones, & Thomas, 2014)

A adição é vista como uma responsabilidade pessoal e comunitária. O programa convencionou a terapia de grupo, com sessões de temáticas variadas mas relacionadas com os PLA, durante as quatro semanas de tratamento. Durante as sessões de grupo do programa SMART Recovery, os membros são encorajados a partilhar as suas experiências e a discutir, de forma ordenada e concertada, a maneira mais eficaz de ultrapassar os problemas.

Tanto a duração do tratamento no The Brian Hore Unit, como as intervenções realizadas – consultas individualizadas, tratamento psiquiátrico, desintoxicação física e terapias cognitivo-comportamentais, conjugadas com o programa SMART Recovery – são em tudo idênticas ao modelo de Tratamento Compreensivo utilizado na UAC e anteriormente descritas.

A intervenção terapêutica é desenvolvida e supervisionada por enfermeiros de saúde mental e terapeutas ocupacionais, em articulação com um facilitador (pessoa com PLA tratada). Esta parceria e multidisciplinaridade vem ao encontro da abordagem sistêmica da intervenção especializada à pessoa com PLA descrita no presente trabalho.

O artigo analisado demonstra os benefícios da utilização do programa em causa, sugerindo como resultados o aumento de confiança e autoestima dos participantes, o desenvolvimento de aprendizagens efetivas e consistentes acerca dos PLA – dos seus prejuízos e interferências a diversos níveis (físico, familiar, afetivo e comunitário/social).

De acordo com os autores, o tratamento das quatro semanas assenta numa base de capacitação individual e de grupo – educação sobre os PLA para a promoção de escolhas seguras ao nível de: como lidar com situações de risco; mudanças de comportamento e adoção de estilos de vida mais saudáveis; plano de emergência e como lidar com a auto e hetero crítica; desenvolvimento de atividades de prazer alternativas ao consumo de álcool. (Rooke, Jones, & Thomas, 2014)

Como curiosidade de relevo clínico, é fomentada a utilização de um handbook (diário de bordo) que vai sendo desenvolvido durante as diferentes sessões, o qual revelou também ser um poderoso suporte na manutenção da abstinência após o tratamento.

Artigo 2

O artigo desenvolvido por Thomas E. Wood e colaboradores pretendeu testar a efetividade da adoção de um programa interpessoal, interativo e experimental de treino de grupo, como complemento no tratamento de pessoas com problemas de adição (especialmente álcool) – Say It Straight. Este teste foi feito através de um estudo exploratório, utilizando a conjugação experimental da visualização por parte dos investigadores da participação e mudança de comportamentos dos participantes, e a realização de entrevistas semiestruturadas, as quais continham escalas aferidas quantitativas e qualitativas.

Neste estudo foram desenvolvidas intervenções de grupo, duas vezes por semana, durante as cinco semanas de tratamento – as quais tinham como propósito explorar e desenvolver competências comunicacionais, de resolução de conflitos e problemas, mecanismos de coping e de fuga, prevenção da recaída, coesão social e de grupo – através da capacitação. (Wood, Englander-Golden, Golden, & Pilai, 2010)

A implementação do programa Say It Straight levou ao incremento de estratégias psicoeducativas, intervenções em grupo e com a família – modelo este idêntico ao utilizado na UAC. O treino resultou num significativo aumento da capacidade individual dos participantes em diversos níveis, nomeadamente: comunicação, autoestima e qualidade no tratamento; e da família ao nível; da compreensão da doença e das estratégias adaptativas e de cooperação. Ao nível da qualidade do tratamento, concluíram que houve uma promoção eficaz na motivação e adoção de estratégias de coping, suporte social e coesão de grupo por parte de todos os participantes. Sistemicamente, esta intervenção terá levado ao fortalecimento das linhas de defesa, como anteriormente referido. (Towey & Alligod, 2004)

Tal facto traduziu-se numa maior capacidade para falar do que sentem/ ouvem /veem (expressar-se), uma maior resiliência para lidar com a frustração e as mudanças não planeadas, bem como no sentimento de autorresponsabilização pelo seu tratamento. Notou-se também uma maior predisposição para assumir responsabilidades sociais, tais como ajudar os pares.

Sistemicamente, esta capacitação leva ao fortalecimento das linhas de resistência – desenvolvimento da capacidade para aprendizagem e mudança de comportamentos, prevenção da recaída eficaz; das linhas normais de defesa – *coping* eficaz, flexibilidade, adaptabilidade e autocontrolo; e das linhas flexíveis de defesa – conhecimentos sobre os PLA, vinculação e participação em grupos e atividades, manutenção de papéis familiares e de cidadania e aquisição de normas sociais. (Towey & Alligod, 2004)

Artigo 3

Numa perspetiva diferente, mas com interesse para a temática em estudo, o artigo de Yed e colaboradores pretendeu explorar os conceitos e os processos mais eficazes para o sucesso da abstinência alcoólica dos membros de Grupos de Alcoólicos Anónimos de Taiwan (AA). A pertinência deste artigo prende-se essencialmente com os contributos que o mesmo traz dos conteúdos promotores da capacitação de grupo em pessoas com PLA. (Yed, Che, Lee, & Horng, 2008)

Através de um estudo qualitativo (*Grounded Theory Method*) ficou demonstrado o potencial de empowerment individual e comunitário destes grupos de AA.

Nestas sessões de grupo é seguido um processo de capacitação estruturado, como demonstrado na fig. 5. Inicia-se com um fator precursor relacionado com as implicações e destruições associadas aos PLA, seguindo-se uma consciencialização da doença e consequências ao nível individual e das relações familiares e interpessoais, de trabalho e finanças e perda de controlo. Começa aqui a capacitação par a tomada de decisões informadas.

Na fase “empowering potential” os processos são estruturados em três fases interligadas:

- Reposicionamento (*Repositioning*): intervenções direcionadas para a aceitação da doença e aceitação no e pelo grupo - como ferramenta para expressão de sentimentos e emoções – e para o desenvolvimento de autoconfiança e segurança;
- Libertação (*Releasing*): intervenções direcionadas para a informação e sensibilização com vista à percepção da necessidade de ajuda para lidar com o problema;
- Partilha Ativa (*Active Sharing*): intervenções e espaços para partilha de experiências e informação (com supervisão técnica) entre os pares, contribuindo para uma melhoria na capacidade de pensar, resolução de problemas e desenvolvimento de mecanismos de suporte/coping. (Yed, Che, Lee, & Horng, 2008)

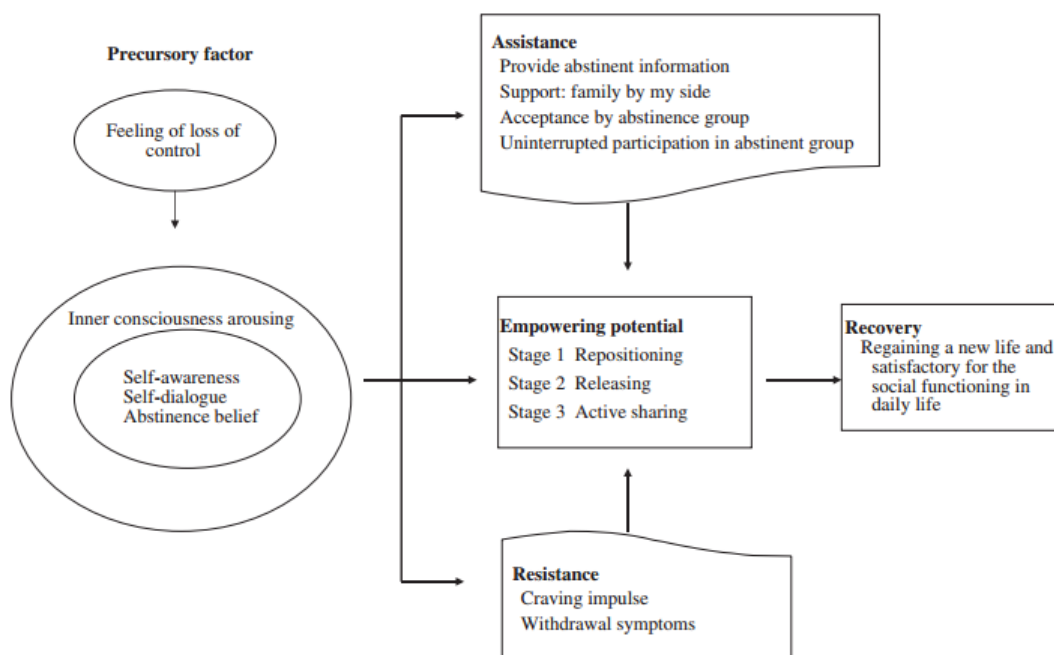


Figura 5 – Estruturação do processo de *empowerment* dos AA de Taiwan. (Yed, Che, Lee, & Horng, 2008)

Sistemicamente houve um fortalecimento das linhas normais e flexíveis de defesa – fase *Releasing* e fase *Active Sharing* – e das linhas de resistência – fase *Repositioning*. (Towey & Alligood, 2004)

Ficou novamente demonstrado que a participação em atividades de grupo de autoajuda é um fator major para o encorajamento da manutenção da abstinência alcoólica na pessoa com PLA.

A motivação para o sucesso da abstinência alcoólica deveu-se ao processo de capacitação proporcionado pelos monitores (alcoólicos tratados) em grupo, promovendo o espírito de coesão e interajuda, partilha de experiências e conhecimentos /informações corretas e científicas.

Esquemáticamente reposicionado fora do processo de potencial de *empowerment*, mas pertencente ao processo geral de capacitação para a recuperação eficaz destas pessoas, surgem as sessões de Assistência (*Assistance*) e Resistência (*Resistance*). Aqui é envolvida a família e comunidade, bem como os profissionais de saúde da área, numa perspetiva sistémica de estabelecimento de parcerias e alianças e de envolvimento de todos os recursos da comunidade.

Esta visão enquadra-se na utilizada na UAC, através do envolvimento anteriormente descrito da família da pessoa com PLA e das reuniões com alcoólicos tratados, para além das demais intervenções de grupo. De facto, a família da pessoa com PLA atravessa momentos de grande sofrimento físico, mental, financeiro e de angústia. Desta forma não é razoável que seja colocada num plano de preocupação e intervenção inferior; a família destas pessoas é um excelente recurso de suporte emocional e de prevenção da recaída. (STANHOPE, 1999)

Os processos de capacitação descritos pelos artigos analisados têm como intenção ajudar os clientes (pessoa com PLA) a obterem assistência, segurança e a desafiar as suas capacidades de resistência.

Fazendo novamente referência ao Modelo de Interpretação Sistémica da Pessoa com PLA – modelo originalmente apresentado neste relatório (figura 4, pg. 29) – considere importante fazer uma súmula da evidência científica das intervenções de enfermagem comunitária desenvolvidas por mim durante o estágio descrito – tabela 5.

Esta integração tem como objetivo principal expor de uma forma sintética as implicações para a prática clínica, investigação e ganhos para a Especialidade de Enfermagem Comunitária. Uma área, como os Comportamentos Aditivos e Dependências – mais especificamente os PLA – representa um leque de oportunidades por explorar e evidenciar a importância das intervenções sistémicas e comunitárias que poderão ser desenvolvidas por estes enfermeiros.

Tabela 5 – Enquadramento sistémico Intervenções realizadas / *Outcomes para a pessoa e família com PLA.*

Enquad. Sistémico	Intervenção Realizada: <i>Outcomes para a pessoa e família com PLA</i>
<p><u>LINHA FLEXÍVEL DE DEFESA</u></p>	<p>- <u>Reunião Comunitária:</u> + Participação ativa na vida comunitária da UAC e sociedade (mediato); + Desenvolvimento da proatividade na prossecução do seu projeto de saúde; + Desenvolvimento da cultura relacional saudável e favorável no sentido do exercício da cidadania.</p> <p>- <u>Sessões Psicoeducativas:</u> + Desenvolvimento de técnicas de resolução de problemas com o meio ambiente; + Aumento da informação acerca dos PLA – consciencialização da doença, danos e implicações.</p> <p>- <u>Parcerias com a Comunidade</u> (contactos informais com grupos de alcoólicos tratados e pessoas significativas não familiares): + Sentimento de valorização pelo percurso de abstinência alcoólica; + Desenvolvimento de motivação para a prossecução do projeto de saúde.</p> <p>- <u>Reuniões com Prestadores de Cuidados / Familiares:</u> + Desenvolvimento (em família) de relações sociais mais alargadas, participação em atividades recreativas, de lazer e de cidadania.</p>
<p><u>LINHA NORMAL DE DEFESA</u></p>	<p>- <u>Sessões Psicoeducativas:</u> + Desenvolvimento de técnicas de resolução de problemas nos sistemas mais proximais; + Escolha e decisão informada relativamente à opção por bebidas não alcoólicas (por exemplo); + Desenvolvimento de capacidade para a gestão de emoções negativas (como a culpa e a vergonha).</p> <p>- <u>Sessões de Educação Para a Saúde</u> + Informação acerca de diversas temáticas (ambiente, estilos de vida saudáveis...); + Desenvolvimento de capacidade de mudança informada para a adoção de estilos de vida saudáveis e ocupação de tempos livres.</p> <p>- <u>Reuniões com Prestadores de Cuidados / Familiares:</u> + Aumento da informação acerca dos PLA – desenvolvimento de mecanismos de <i>coping</i>; + Desenvolvimento de estratégias de comunicação eficazes e empáticas; + Restabelecimento e manutenção dos papéis e funções de todos os elementos da família.</p>
<p><u>LINHAS DE RESISTÊNCIA</u></p>	<p>- <u>Reuniões de Acolhimento:</u> + Adesão ao regime terapêutico (através da educação para a saúde normativa e estruturada); + Desenvolvimento de estratégias de convivência em grupo, prevenção e resolução de conflitos.</p> <p>- <u>Sessões Psicoterapêuticas:</u> + Desenvolvimento do sentimento de autorresponsabilização pelo projeto de vida, maximizando os ganhos em saúde; + Gestão da informação acerca dos PLA nas suas várias dimensões.</p> <p>- <u>Reuniões com Prestadores de Cuidados / Familiares:</u> + Desenvolvimento de atitudes positivas face ao familiar com PLA, bem como de parceria e aliança no tratamento; + Desenvolvimento dos papéis de suporte familiar</p>

CONCLUSÃO

A Enfermagem Comunitária representa uma área por excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde, quer à pessoa, mas também à família e/ou grupo. Este conceito surge concetualizado como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais. Como anteriormente referido, no caso da pessoa com dependência alcoólica estes determinantes encontram-se dentro do ambiente interno, mas também no ambiente externo. Desta forma as intervenções servem de suporte às pessoas no sentido destas adotarem e manterem estilos de vida saudáveis.

A UAC assenta a sua ação num conjunto de intervenções devidamente planeadas, estratégias psicoterapêuticas e de educação para a saúde à pessoa com PLA. O objetivo principal é o desenvolvimento de competências com vista à capacitação para a abstinência de consumos de álcool, bem como a adoção de estilos de vida saudáveis.

Como anteriormente descrito, estas intervenções são feitas numa perspetiva de abordagem individual e de grupo. O EEEEC é um dos principais responsáveis pelos processos de grupo que integram o plano de tratamento da pessoa com PLA na UAC.

De forma a perceber a evidência científica das intervenções de enfermagem responsáveis pela capacitação da pessoa com PLA, realizou-se uma Revisão Sistemática da Literatura devidamente fundamentada e respeitada por um protocolo de pesquisa.

Dos artigos resultantes para análise, dois tiveram como objetivo major testar a efetividade da aplicação de programas de treino ou capacitação de grupo, como coadjuvantes das restantes abordagens utilizadas, nomeadamente biomédicas e psicoterapêuticas. Estes programas tinham como fundamento uma génese biopsicossocial e comunitária, com características próprias de intervenção em grupo, nomeadamente a interpessoalidade, a partilha de experiências e de conhecimentos e a administração de conhecimentos e desenvolvimento de competências únicas para a abstinência alcoólica. Esta metodologia encontra-se desenvolvida na UAC em moldes idênticos.

A abordagem da pessoa com PLA pressupõe uma atenção à resposta do cliente às mudanças internas e externas, na medida em que este é parte integrante do sistema que ele próprio influencia. Também a abordagem bioecológica enfatiza a necessidade de compreender a relação entre a pessoa e os seus sistemas e subsistemas mais abrangentes.

tes, com o meio que a rodeia. Ambas as perspectivas se referenciam em modelos ativos e dinâmicos de interinfluência indivíduo – família – comunidade/meio.

O *empowerment* tem um lugar bastante importante na reabilitação da pessoa com PLA. Técnicas cognitivo comportamentais, técnicas de relaxamento e intervenções de grupo com maior ou menor estruturação têm também grande destaque.

Desta forma, é importante passar para uma intervenção centrada na relação do cliente com os cenários e atores relevantes do seu cotidiano, e investir na competência das pessoas para se tornarem agentes ativos dessa interação, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário (Jeremias e Rodrigues, 2010)

Como anteriormente referido, o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano enfatiza a necessidade de compreender a relação entre a pessoa e os subsistemas, com o meio. A pessoa é um ser ativo e dinâmico, cuja relação é recíproca, havendo influência de ambas as partes.

A intervenção do enfermeiro no tratamento utilizando a abordagem em grupo, tem por finalidade que os seus elementos se auto-consciencializem de problemas em comum, de necessidades, papéis e funções, mas também de capacidades e potencialidades. Aqui o EEEEC consegue fazer uma mobilização de recursos e forças internos ou externos ao grupo para atingir os objetivos comuns e obter uma “mudança” nos estilos de vida, assente na informação, sensibilização e autodeterminação.

Uma melhor compreensão dos processos de tratamento das pessoas com PLA, nomeadamente dos fatores psicológicos, sociais e familiares, leva a uma maior efetividade na sua recuperação. A intervenção direcionada e adaptada às diversas fases no tratamento dos PLA, potencia a capacitação e conseqüente equilíbrio e bem estar do “dependente”.

A multiplicidade dos quadros clínicos da dependência alcoólica e das suas repercussões e determinantes etiológicas exige uma intervenção terapêutica multidisciplinar. O resultado final depende de numerosos fatores, em que os mais importantes são sem dúvida a motivação, a informação retida, o envolvimento dos sistemas mais próximos no tratamento e a reintegração social e familiar, laboral e comunitária.

Durante o estágio na UAC, como EEEEC fiz um reconhecimento genuíno das aptidões das pessoas com PLA em tratamento, promovendo a autoeficácia, pela validação das capacidades e da expressão das necessidades e interesses da pessoa, cedendo espaço para o seu desenvolvimento. Senti que o envolvimento e o comprometimento

neste processo estimulou a cooperação e a confiança recíproca; o *empowerment* na UAC assenta em relacionamentos que potenciam os recursos tanto dos técnicos como dos utentes, formando uma parceria única para um fim comum.

BIBLIOGRAFIA

- Alarcão, M. (2002). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Balsa, C., Urbano, C., & Vital, C. (2007). *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa - 2007*. Lisboa: CEOS - Investigações Sociológicas.
- Borges, C., & Filho, H. (2004). *Alcolismo e toxicodependência. Manual Técnico II*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cravidão, J. (2007). *Dinâmica na família do doente toxicodependente*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina.
- Cunha, R., & Santos, V. (2006). *Intervenção Preventiva com Famílias: Expectativas e Possibilidades*. Ponta Grossa, Brasil: Universidade De La Sabana.
- Feijão, F., Lavado, E., & Calado, V. (2011). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas ECATD/2011*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência.
- Filho, H. C. (vol 3 de 2005). *Necessidades de intervenção no consumo de álcool, tabaco e outras drogas em Portugal*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, pp. 77-88.
- Higgins, J., & Green, S. (2011). *Cochrane Handbok for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. Obtido de The Cochrane Collaboration: <http://handbook.cochrane.org/>
- IDT. (2011). *Rede de Referência / Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- IDT, I. (2009). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2009-2012*. Ministério da Saúde.
- INE. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Kaakinen, J., & Birenbaum, L. (2011). *Desenvolvimento da Família e Apreciação de Enfermagem da Família*. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (pp. 581-582). Loures: Lusodidacta.

- Mathre, M. (1999). O Abuso de Substâncias na Comunidade. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Promoção da Saúde de Grupos, Família e Indivíduos* (pp. 779-792). Loures: Lusociência.
- Mello, M., Barrias, J., & Breda, J. (2001). *Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Melo, R. (2011). Contributos para um modelo de intervenção preventiva dos problemas ligados ao álcool. *Revista Toxicodependências*, 25-36.
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. Person Education.
- OE. (2008). *Dia Intenacional da Família 2008*. Obtido em 12 de 11 de 2012, de www.ordemenfermeiros.pt:
http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldaFam%C3%ADlia2008.aspx
- OE. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (7 de dezembro de 2011). *Adoção pela Ordem dos Enfermeiros do Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar como Referencial em Enfermagem de Saúde Familiar*. Obtido de [ordemenfermeiros](http://www.ordemenfermeiros.pt):
http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/ReferencialSaudeFamiliar_MCEEC.pdf
- OE, .. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Ordem dos Enfermeiros.
- Polit, D., & Beck, C. (2006). *Essencial of nursing rdsearch: Methods, appraisal and utilization (6ed.)*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prati, G. (2005). Revisando a inserção ecológica: uma proposta de sistematização. *Revista Psicologia: reflexão e crítica.*, Porto Alegre.
- Ribeiro, C. (Vol. 24 de 2008). Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa. Que papel para os Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 323-329.
- Ribeiro, C. (Vol. 24 de 2008). Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa. Que papel para os Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 323-329.
- Rodrigues, M., & Teixeira, Z. (n.º 1 de Vol 16 de 2010). Da "falta de força de vontade" ao empowerment na dependência de álcool. *Revista Dependências*, pp. 57-64.
- Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Coimbra: Formasau.
- Rooke, C., Jones, B., & Thomas, M. (2014). Involving service users in delivering alcohol addiction therapy. *Nursing Standard*, 44-48.

- Sampaio, D., & Gameiro, J. (1985). *Terapia Familiar*. Porto: Edições Afrontamento.
- SICAD. (2013). *Rede de Referência/Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências*. Lisboa: Loures Gráfica.
- Stanhope, M. (1999). Problemas e Abordagens de Saúde à Família e ao Indivíduo. Em M. Stanhope, & J. Lancaster, *Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (pp. 501-504). Loures: Lusociência.
- Stanhope, M. (1999). Problemas e Abordagens de Saúde à Família e ao Indivíduo. Em M. STANHOPE, & J. LANCASTER, *Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (pp. 501-504). Loures: Lusociência.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública - Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusociência.
- Teixeira, Z. (2004). *Construção e Validação de uma Narrativa Protótipo para a Dependência Alcoólica*. Braga: Universidade do Minho.
- Towey, A., & Alligod, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Whaley, L., & Wong, D. (1989). *Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara.
- WHO. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Wood, T., Englander-Golden, P., Golden, D., & Pilai, V. (2010). Improving addictions treatment outcomes by empowering self and other. *International Journal of Mental Health Nursing*, 363-368.
- Yed, M.-Y., Che, H.-L., Lee, L.-w., & Horng, F.-F. (2008). An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence. *Journal of Clinical Nursing*, 921-929.
- Yunes, M., & Juliano, M. (Set/Dez de 2010). A Bioecologia do Desenvolvimento Humano e suas Interfaces com Educação Ambiental. *Cadernos de Educação*, pp. 347-379.

ANEXOS

ANEXO I - PROJETO DE ESTÁGIO



INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM
3.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA



PROJETO DE ESTÁGIO

Unidade Alcoologia de Coimbra

Unidade Curricular Estágio e Relatório

BRUNO MIGUEL JESUS

Mestrando n.º [110431003](#)

Santarém, março de 2013

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	5
1.1- A DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA - HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA, DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, PROGRAMAS E PROJETOS.....	5
1.2 A UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE COIMBRA COMO ESTRUTURA DE REFERÊNCIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA.....	6
2. OBJETIVOS E ATIVIDADES PROPOSTAS	8
3. CRONOGRAMA DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
BIBLIOGRAFIA	17

INTRODUÇÃO

No contexto do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária pela Escola Superior de Saúde de Santarém, na Unidade Curricular Estágio e Relatório, pretende-se o desenvolvimento de um projeto de estágio que sirva de instrumento orientador e organizador para o estágio individual - a decorrer, neste caso, na Unidade de Alcoologia de Coimbra (UAC). Tem também como finalidade servir de suporte para o acompanhamento e avaliação do percurso académico a adotar.

Na sua conceção será utilizada metodologia científica e a revisão sistemática da literatura como instrumento, a qual servirá para um enquadramento do processo de teorização da prática através do recurso às etapas da prática baseada na evidência.

De acordo com o Despacho n.º 3636/2011, Art. 4.º, n.º 4, respeitante à estrutura do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre, o trabalho de mestrado pode assumir a forma de:

(...) Estágio e respetivo relatório, sendo este um trabalho de descrição e de reflexão fundamentada sobre as atividades desenvolvidas no âmbito de um estágio profissional numa entidade/instituição aprovada (...), obedecendo aos seguintes princípios: os estudantes devem perspetivar todo o processo de estágio(...); a articulação entre o processo de formação curricular e a aplicação profissional dos conhecimentos adquiridos devem estar bem patentes; o relatório deve conter uma reflexão crítica (...).

Apesar do seu cariz académico tem como características a flexibilidade no planeamento das suas atividades, conteúdos e etapas. É também um projeto individual de um segundo ciclo de estudos e desta forma confere ao seu autor um elevado grau de responsabilidade e autonomia no seu desenvolvimento.

As ações a desenvolver pretendem abordar, especificamente, os clientes que apresentam consumos nocivos de álcool e a respetiva dependência a esta substância.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, as mudanças no perfil demográfico, nos indicadores de morbilidade e a emergência das doenças crónicas originam novos problemas e necessidades de saúde. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde, com uma elevada capacidade de resposta às necessidades das pessoas, grupos e comunidades, proporcionando efetivos ganhos em saúde.

Essas capacidades decorrem da aquisição de competências na avaliação multi-causal e nos processos de tomada de decisão, nomeadamente no desenvolvimento e consecução de projetos de saúde coletiva, com vista à capacitação e *empowerment* dos intervenientes. Refere o mesmo referencial que se evidenciam as atividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados ao cliente. Enfatiza as articulações interinstitucionais e multidisciplinares (numa perspetiva de parcerias comunitárias) necessárias à continuidade dos cuidados. (OE .. , 2010)

No contexto específico da Enfermagem Comunitária vai ser estudada uma população específica com determinadas características - problemas e fatores de risco -, nomeadamente a pessoa com dependência alcoólica.

De acordo com a bibliografia revista, os “enfermeiros comunitários” estão devidamente preparados para intervir aos vários níveis da prevenção, essencialmente pela formação e dotação de estratégias eficazes na promoção da saúde, como a educação da comunidade para estilos de vida saudáveis e fatores de resiliência, educação para a saúde sobre substâncias e guias de orientação para o seu consumo.

O *stress* e a ansiedade decorrente do consumo de álcool é um dos focos da enfermagem comunitária nos clientes com este tipo de patologia. O acompanhamento destes, a informação e a intervenção com vista ao equilíbrio no estilo de vida, a mobilização de recursos da comunidade, o relaxamento e a promoção da resiliência ou *copping* para o consumo, são estratégias a utilizar pelo enfermeiro nos cuidados à pessoa, família e comunidade com Problemas Ligados ao Álcool (PLA). (MATHRE, 1999)

O presente projeto é constituído por um enquadramento teórico da história natural da doença - dependência alcoólica - bem como uma breve contextualização de programas e estratégias de saúde relacionados com a temática. Posteriormente será apresentada uma operacionalização das atividades propostas para a consecução dos objetivos, assim como um cronograma das principais etapas de desenvolvimento do estágio e algumas considerações finais.

Como objetivos gerais definiu-se:

- Aprofundar a análise de situações de saúde / doença no contexto da enfermagem comunitária;
- Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar, em contexto transdisciplinar;
- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar.

Como objetivos específicos, definiu-se:

- Conhecer a problemática mundial e nacional do alcoolismo e dependência alcoólica;
- Enquadrar os programas e projetos nacionais de tratamento dos PLA;
- Conhecer o enquadramento no Sistema Nacional de Saúde, da UAC;
- Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da UAC;
- Integrar a equipa multidisciplinar;
- Atuar conjuntamente com a equipa no atendimento e prestação de cuidados de enfermagem gerais e especializados no âmbito da enfermagem comunitária, ao indivíduo, família e comunidade;
- Planear, desenvolver e negociar o plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde, prescrevendo intervenções de enfermagem baseadas na evidência;
- Acompanhar um grupo de clientes durante o processo de internamento;
- Participar nos projetos de intervenção da UAC, no âmbito da enfermagem comunitária, saúde pública e saúde familiar;
- Participar nos projetos de melhoria contínua e de qualidade da UAC;
- Refletir sobre as práticas e os contextos de enfermagem numa perspetiva construtiva para o processo de aprendizagem e para a especialidade de enfermagem comunitária.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1- A DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA - HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA, DADOS EPIDEMIOLÓGICOS, PROGRAMAS E PROJETOS.

O álcool é uma das poucas drogas ou substâncias psicoativas que tem o seu consumo legalizado, e, muitas vezes, incentivado pela própria sociedade. Apesar da sua aceitação social, o seu consumo nocivo (e excessivo) passa a ser um problema.

A dependência alcoólica corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que se podem desenvolver depois do consumo repetido de álcool. Inclui um desejo muito forte de ingerir bebidas alcoólicas, descontrolo sobre o seu uso, prosseguimento dos consumos independentemente das repercussões e valorização dos mesmos acima de outras atividades ou obrigações, aumento da tolerância ao etanol e sintomas de privação quando a sua utilização é descontinuada. (WHO, 1992)

Trata-se de uma doença primária, crónica cujo desenvolvimento e manifestações são influenciados por diversos fatores, nomeadamente genéticos, psicológicos, sociais e ambientais. É normalmente acompanhada por distorções cognitivas, com especial realce para a negação. A deterioração da capacidade de controlar o consumo de bebidas alcoólicas - intermitente ou muito ligeira nas fases iniciais da doença - pode assumir-se de tal forma intensa que conduz a uma automatização da conduta de autoadministração de álcool e a uma clara perda de controlo. A procura de ajuda para a doença surge muitas vezes a partir da vivência prolongada de problemas ligados ao álcool, nomeadamente nos aspetos de saúde (desidratação, hepatite, cirrose, alterações gástricas), nos contactos sociais, nas questões financeiras ou legais e nas relações interpessoais, especialmente as familiares. (Ribeiro, 2008)

O álcool causa anualmente 1,8 milhões de mortes e a perda de 58,3 milhões de anos de vida ajustados por incapacidade, em todo o mundo. O custo económico resultante da utilização do álcool nos países industrializados, representa entre 0,5 a 2,7% do Produto Interno Bruto, não contando com as consequências sociais associadas. A Europa é a zona do mundo com mais elevado consumo de álcool, em que 5% dos Homens e 1% das mulheres apresentam dependência alcoólica. (IDT I. , 2009)

Em Portugal, o II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa - 2007, conclui que a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,55%, quando comparado com o anterior estudo (2003). Representa cer-

ca de 80% do consumo total de substâncias psicoativas. O consumo esporádico excessivo pelos jovens é também preocupante, na medida em que aumentou de 25 para 56% no mesmo período. (Balsa, Urbano, & Vital, 2007)

Dada a problemática emergente do álcool, vários documentos e investigações têm vindo a ser produzidos a nível internacional e nacional. Estes demonstram uma série de evidências científicas, conceitos, orientações e recomendações, estando na génese de alguns programas de intervenção.

O alcoolismo em Portugal é um dos maiores problemas de saúde pública. O Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (2009-2012) tem como objetivo primordial reduzir de forma significativa o consumo nocivo de álcool, bem como diminuir os seus efeitos danosos em termos sociais e de saúde.

Este plano surge integrado nas metas do programa “Saúde para todos no ano 2015”, na Carta Europeia do Álcool (2006) e nas diferentes estratégias da União Europeia no apoio aos estados-membros na minimização dos efeitos nocivos do álcool. A nível nacional vem dar resposta ao proposto pelo Ministério da Saúde no Plano Nacional de Saúde 2004-2010. (IDT I. , 2009)

1.2 A UNIDADE DE ALCOOLOGIA DE COIMBRA COMO ESTRUTURA DE REFERÊNCIA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA.

O Decreto Regulamentar n.º41/88 de 21 de novembro, estabeleceu a criação dos Centros Regionais de Alcoologia do Porto, Coimbra e Lisboa. Estes visam a prevenção dos problemas ligados ao álcool e a coordenação das atividades no âmbito do tratamento da alcoologia nas respetivas zonas, procedendo às articulações com as administrações regionais de saúde, centros de saúde, hospitais gerais e psiquiátricos e outras instituições e grupos responsáveis pela saúde e bem-estar da comunidade.

O Decreto-Lei n.º 221/2007 de 29 de maio, integrou as atribuições dos Centros de Alcoologia do Centro, Norte e Sul (extintos) nas competências do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (extinto). Este instituto (e as suas unidades funcionais) tinha como jurisdição para a sua atividade, todo o território nacional, estando dividido em cinco delegações regionais. De acordo com o mesmo documento, tem como missão promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências, através de determinadas atribuições definidas pela tutela do Ministério da Saúde.

Inseridos nessas delegações regionais encontram-se os Centros de Respostas Integradas, os quais são constituídos por diversas Unidades Especializadas de Interven-

ção, nomeadamente Equipas de Tratamento (vulgo CAT's), Equipas de Prevenção, Equipas de Redução de Riscos e Minimização de Danos, Comunidades Terapêuticas, Unidades de Desabituação e Unidades de Alcoologia.

Quanto às Unidades de Alcoologia, são serviços especializados no tratamento de pessoas com problemas ligados ao álcool. Estas estruturas disponibilizam serviços de consulta em ambulatório e internamento para desabituação. Os utentes são atendidos por equipas de profissionais com diferentes valências, nomeadamente médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de serviço social, entre outros. A UAC tem como área geográfica de intervenção, a região centro.

Para que uma organização funcione e atinja os seus objetivos, é importante existir um planeamento devidamente estruturado. A UAC assenta a sua ação num conjunto de atividades divididas ao longo do período de tratamento, quer seja em regime de ambulatório ou internamento para desintoxicação. A sua missão passa essencialmente pelo treino de competências do doente com dependência alcoólica, através de estratégias psicoterapêuticas e de educação para a saúde com vista à capacitação para a abstinência. Através de processos individuais e de grupo, tem como objetivos promover a consciencialização da doença, ensinar hábitos de vida saudáveis (promover a mudança), habilitar para o controlo do desejo de consumo e para a capacidade de resolução de problemas e de gestão de críticas, dos seus clientes - indivíduo, família e comunidade.

2. OBJETIVOS E ATIVIDADES PROPOSTAS

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Quem
<p>1 - Aprofundar a análise de situações de saúde / doença no contexto da enfermagem comunitária.</p>	<p>a) Conhecer a problemática mundial e nacional do alcoolismo e dependência alcoólica;</p>	<p>- Pesquisa de documentação nacional e internacional;</p>	<p>Enf. Bruno Jesus (transversal)</p>
	<p>b) Enquadrar os programas e projetos nacionais de tratamento dos PLA;</p>	<p>- Pesquisa de programas e projetos nacionais;</p>	
	<p>c) Conhecer o enquadramento no Sistema Nacional de Saúde, da UAC;</p>	<p>- Pesquisa de diretrizes e decretos-lei específicos; - Perceber qual a área geográfica de influência da UAC;</p>	
	<p>d) Conhecer a estrutura física, orgânica e funcional da UAC</p>	<p>- Diálogo formal com a enfermeira chefe da UAC; - Visita guiada às instalações da UAC e apresentação à equipa multidisciplinar; - Conhecimento da lotação e dinâmicas do serviço; - Consulta de protocolos e manuais de procedimentos / boas práticas; - Observação da dinâmica e metodologia de trabalho e solicitação de esclarecimentos da equipa de enfer-</p>	

		<p>magem;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento da articulação com outros serviços / instituições; - Caracterização da população em tratamento na UAC. 	<p>Equipa Enfermagem UAC</p> <p>Equipa multidisciplinar UAC</p>
	<p>e) Integrar a equipa multidisciplinar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diálogo formal e informal com os diversos profissionais da UAC; - Observação das atividades desenvolvidas e sua organização; - Participação nas atividades da UAC; - Colaboração ativa multidisciplinar; - Desenvolvimento de cooperação e espírito de equipa; 	
<p>2 - Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar, em contexto transdisciplinar.</p>	<p>a) Atuar conjuntamente com a equipa no atendimento e prestação de cuidados de enfermagem gerais e especializados no âmbito da enfermagem comunitária, ao indivíduo, família e comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Recolha de informação necessária e pertinente à compreensão do estado de saúde do cliente; - Análise dos dados obtidos e formulação de diagnósticos de enfermagem; - Consulta do processo clínico do cliente; - Participação no acolhimento ao cliente e família nas consultas e internamento; - Participação nas atividades desenvolvidas pela 	

		<p>equipa de enfermagem, nomeadamente: primeira consulta de enfermagem, reunião de acolhimento, reunião comunitária, reunião de famílias, reunião de proposta de internamento, sessões de educação para a saúde e de relaxamento;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realização de registos de enfermagem objetivos e concisos, de forma a garantir a continuidade dos cuidados; - Partilha de conhecimentos e informações; 	<p>Equipa Enfermagem UAC</p>
	<p>b) Planear, desenvolver e negociar o plano de cuidados com o cliente e a equipa de saúde, prescrevendo intervenções de enfermagem baseadas na evidência</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento e integração do cliente/família na UAC; - Realização de entrevista de enfermagem; - Observação das relações entre o cliente e a família, clientes e técnicos da UAC; - Consulta do processo clínico do cliente; - Identificação das necessidades afetadas e definição de diagnósticos de enfermagem; - Planeamento e prescrição de intervenções de enfermagem; - Execução de intervenções especializadas (enfermagem comunitária) como meio de resposta às necessidades afetadas; 	

		<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento do cliente e família no processo de tratamento e responsabilização das medidas terapêuticas; - Identificação e avaliação dos resultados; - Preparação para a alta; - Realização de registos de enfermagem objetivos e concisos, de forma a garantir a continuidade dos cuidados; 	
	<p>c) Acompanhar um grupo de clientes durante o processo de internamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Integração no programa de tratamento específico da unidade; - Acompanhamento das diversas fases que compõem o programa; - Colaboração na realização do programa; - Motivação dos clientes para a adesão ao programa estabelecido; - Avaliação, através do <i>feedback</i> e da adesão, do programa instituído; 	
	<p>d) Participar nos projetos de intervenção da UAC, no âmbito da enfermagem comunitária, saúde pública e saúde familiar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento e integração dos projetos em curso e planeados para o período do estágio; - Desenvolvimento de projeto de intervenção decorrente das necessidades sentidas pela equipa de en- 	

		<p>fermagem (*);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de protocolos de pesquisa sistemática de literatura para o projeto definido; - Estruturação e desenvolvimento de mecanismos de sistematização para recolha e avaliação de dados / resultados; - Apresentação dos resultados e conclusões à equipa multidisciplinar da UAC; 	
	<p>e) Participar nos projetos de melhoria contínua e de qualidade da UAC</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e revisão bibliográfica das temáticas a apresentar; - Desenvolvimento de planos de sessão e instrumento de avaliação das sessões de educação para a saúde (psicoeducativas); - Preparação e realização de sessões de educação para a saúde; - Avaliação das sessões: observação, questionário oral/escrito; - Desenvolvimento de dossiê com os conteúdos das sessões psicoeducativas, preparação, planos de sessão e estratégias de avaliação; - Participação nas ações de formação em serviço pertinentes para a prática da enfermagem especializada, 	<p>Enf. Maria João Ruas</p> <p>Prof. Isabel Barroso</p> <p>Equipa enfermagem UAC</p>

		que decorram no período de estágio.	
3 - Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar	a) Refletir sobre as práticas e os contextos de enfermagem numa perspetiva construtiva para o processo de aprendizagem e para a especialidade de enfermagem comunitária	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e revisão bibliográfica da prática baseada na evidência; - Sistematização da informação de artigos científicos e comparação com a avaliação das intervenções realizadas; - Reflexão contínua da prática, através do diálogo com a equipa, enfermeira chefe e professora orientadora; - Realização de um relatório de estágio 	

3. CRONOGRAMA DAS PRINCIPAIS ATIVIDADES

OBJETIVO GERAL	PRINCIPAIS ATIVIDADES	MÊS					
		Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Aprofundar a análise de situações de saúde /doença no contexto da enfermagem comunitária	- Pesquisa de documentação nacional e internacional;						
	- Diálogo formal com a enfermeira chefe e visita guiada à UAC;						
	- Integração na equipa multidisciplinar;						
	- Integração na UAC, articulações e dinâmicas;						
Desenvolver estratégias de intervenção em enfermagem comunitária e de saúde familiar, em contexto transdisciplinar	- Participação nas atividades - acolhimento, prestação de cuidados, reuniões e sessões de educação para a saúde e relaxamento;						
	- Acompanhamento de um grupo de utentes nas diversas fases do tratamento;						
	- Conhecimento e integração dos projetos em curso;						
	- Desenvolvimento de projeto de intervenção decorrente das necessidades sentidas pela equipa de enfermagem (*);						

	- Elaboração de protocolos de pesquisa, estruturação e desenvolvimento de mecanismos de sistematização para a recolha e avaliação dos dados;						
	- Apresentação dos resultados e conclusões à equipa multidisciplinar da UAC;						
	- Desenvolvimento de planos de sessão e respetivos instrumentos de avaliação para as sessões psicoeducativas e de educação para a saúde;						
Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde familiar	- Avaliação contínua e sistemática das práticas e atividades realizadas;						
	- Reflexão constante com a enfermeira cooperante, professora orientadora e restantes colegas de equipa;						
	- Pesquisa e revisão bibliográfica da prática baseada na evidência;						
	- Elaboração do relatório final do estágio						

(*) Na reunião com a Enfermeira-chefe da UAC surgiu como necessidade para o serviço, o desenvolvimento de uma avaliação do impacto das intervenções de grupo pela equipa de enfermagem, nomeadamente na prevenção da recaída do consumo de álcool. No futuro serão delineadas estratégias para a sua consecução em forma de projeto.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de álcool é um problema de saúde à escala mundial e está intrinsecamente ligado a numerosas formas de morbilidade e mortalidade.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel determinante na redução do perigo, através da educação para a saúde e das diversas intervenções na prevenção, tratamento e capacitação de pessoas, grupos e comunidades.

Intervenções breves, estruturadas e contínuas levadas a cabo pelos enfermeiros, demonstram ser tão eficazes como o tratamento farmacológico. A multidisciplinaridade associada à especialização na área, transporta o enfermeiro para uma posição ideal para prestar apoio à comunidade com comportamentos de risco.

Com o presente projeto pretende-se sistematizar as atividades a desenvolver para a obtenção dos objetivos do estágio, visando a integração na UAC no tratamento à pessoa e família com PLA.

A promoção da saúde através da abordagem dos riscos e consequências do consumo de álcool, com especial atenção para a manutenção e desenvolvimento de capacidades cognitivas para a mudança de comportamentos, será sempre a tónica das intervenções no decurso deste momento de aprendizagem único.

Por ser um projeto, importa ressaltar que o agora proposto não é estanque, pelo que os objetivos específicos e as atividades para a sua consecução, podem sofrer alterações à medida que o estágio decorre.

BIBLIOGRAFIA

- Balsa, C., Urbano, C., & Vital, C. (2007). *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Portuguesa - 2007*. Lisboa: CEOS - Investigações Sociológicas.
- Decreto-Lei n.º 221/2007. *Diário da República*, n.º 103 / 29 de maio de 2007 - 1.ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Decreto Regulamentar n.º 41/88. *Diário da República*, n.º 269 / 21 de novembro de 1988 - Série I. Ministério da Saúde. Lisboa
- Despacho n.º 3636/2011. *Diário da República*, n.º38 / 23 fevereiro de 2011 - 2.ª Série. Ministério da Ciência e do Ensino Superior. Lisboa
- IDT, I. (2009). *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2009-2012*. Ministério da Saúde.
- MATHRE, M. (1999). O Abuso de Substâncias na Comunidade. In M. STANHOPE, & J. LANCASTER, *Enfermagem Comunitária - Promoção da Saúde de Grupos, Família e Indivíduos* (pp. 779-792). Loures: Lusociência.
- OE, .. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ribeiro, C. (Vol. 24 de 2008). Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa. Que papel para os Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, pp. 323-329.
- WHO. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

ANEXO II - PLANO DE ATIVIDADES DE ENFERMAGEM – UAC

Plano Semanal de Atividades de Enfermagem – Semana de/...../20..... a/...../20.....

Actividades		2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado	Domingo
Coordenação								
Responsável de turno								
Consulta Externa								
N Admissões/Previsão		H	M	H	M			
Manhã								
	Grupo 1-15 (+os que é Enf de Ref.ª)							
	Grupo 16-30 (+os que é Enf de Ref.ª)							
	Reunião de Acolhimento							
	Reuniões de Entrada (Mini - Equipes)							
	Reunião Comunitária							
	Briefing Clínico							
	Treino Prevenção de Recaída							
	Reunião de Famílias							
	Sessão Psicoeducacional							
	Sessão - Ambiente / Livre							
Stack Farmácia, Clínico e Hoteleiro								
Tarde	Responsável pelo turno							
	Doentes 1 a 15 (+os que é Enf de Ref.ª)							
	Doentes 16 a 30 (+os que é Enf de Ref.ª)							
	Sessão de Relaxamento - 1ª sem							
	Sessão de Relaxamento - 2ª sem							
	Sessão de Relaxamento - 3ª sem							
Noi-	Responsável pelo Turno							
	Colheitas para Análises							
Obs:							P' Enf.ª Chefe: Mª João Ruas	

ANEXO III - CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DO INTERNAMENTO – UAC

A pessoa com Problemas Ligados ao Álcool – interpretação e intervenção sistêmica

Primeira Semana

Hora	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado	Domingo	
7.30	---	Colheita p/ Análises	Colheita p/ Análises	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	
8.00	Internamento	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	
9.00		Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	
9.30		Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária	
10.00		Desintoxica/ Avaliação	AVD	AVD	AVD	Desintoxica/ Avaliação	Desintoxica/ Avaliação	
			Desintoxica/ Avaliação	Desintoxica/ Avaliação	Desintoxica/ Avaliação			
11.00		Reunião com famílias	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar
11.30			Terapia Ocupacional	Sessão Psicoeducacional	Sessão Psicoeducacional	Sessão Psicoeducacional	Reunião de familiares	Tempo Livre
12.00								
13.00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	
14.30	Reunião de Acolhimento	Avaliação individual	Avaliação individual	Avaliação individual	Educação para a Saúde - Ambiente	Tempo Livre	Tempo Livre	
15.00								
16.15	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	
16.45	Tempo livre	Tempo livre	Tempo Livre	Tempo livre	Atelier de cerâmica	Tempo livre	Tempo livre	
17.00			TO	TO				
18.00	Avaliação de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem	Avaliação de Enfermagem	
19.00	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	
20.00	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre	
21.30	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia	
22.00	Deitar	Deitar	Relaxamento Deitar	Deitar	Deitar	Relaxamento Deitar	Deitar	

A pessoa com Problemas Ligados ao Álcool – interpretação e intervenção sistêmica

Segunda Semana

Hora	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado	Domingo
7.30	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar
8.00	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais
9.00	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço
9.30	Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária
10.00	AVD/Tarefas	AVD/Tarefas	AVD/Tarefas	AVD/Tarefas	AVD/Tarefas	AVD/Tarefas	AVD/Tarefas
11.00	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar
11.30	Sessão Psicoeducativa	Sessão Psicoeducativa	Atelier cerâmica	Atelier cerâmica	Reunião com doentes tratados	Reunião familiares	Tempo Livre
12.00							
13.00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço
14.30	Treinos de aptidões	Treinos de aptidões	Treinos de aptidões	Reunião de análises	Treinos de aptidões	Tempo Livre	Tempo Livre
15.30	Avaliação Médica Individual	Avaliação Médica Individual	Avaliação Médica Individual		Avaliação Médica Individual		
16.15	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche
17.00	Terapia Ocupacional	Desintoxicação	Desintoxicação	Desintoxicação	Desintoxicação	Desintoxicação	Desintoxicação
18.00	Desintoxicação Aval. de Enfermagem	Aval. de Enfermagem	Aval. de Enfermagem	Terapia Ocupacional	Aval. de Enfermagem	Aval. de Enfermagem	Aval. de Enfermagem
19.00	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar
20.00	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre
21.30	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia
22.00	Deitar	Relaxamento/ deitar	Deitar	Deitar	Relaxamento/ deitar	---	---

A pessoa com Problemas Ligados ao Álcool – interpretação e intervenção sistêmica

Terceira Semana

Hora	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado	Domingo
7.00	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	Despertar	
8.00	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	Cuidados Pessoais	
9.00	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	Pequeno-almoço	
9.30	Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária	Reunião diária		
10.00	AVD/Tarefas	AVD/Tarefas	AVD/Tarefas	AVD/Tarefas	AVD/Tarefas		
11.00	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar	Suplemento Alimentar		
11.30	Terapia Ocupacional	Sessão de Educação para a Saúde	Terapia Ocupacional Atelier de Bebidas	Intervenções individuais	Reunião com doentes tratados	Reunião familiares	
12.00							
13.00	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Almoço	Alta Clínica	
14.30	Reunião Álcool e família	Reunião Sexualidade	Reunião Álcool e Condução	Planos para o futuro	Planos para o futuro		
15.30	Consulta Médica/Psicologia/S. Social	Consulta Médica/Psicologia/S. Social	Consulta Médica/Psicologia/S. Social	Consulta Médica/Psicologia/S. Social	Consulta Médica/Psicologia/S. Social		
16.15	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche	Lanche		
17.00	Atelier cerâmica	Terapia Ocupacional	Avaliação de Enfermagem	Atelier cerâmica	Avaliação de Enfermagem		
18.00							
19.00	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar	Jantar		
20.00	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre	Tempo Livre		
21.00							
21.30	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia	Ceia		
22.00	Relaxamento deitar	Deitar	Deitar	Relaxamento deitar	Deitar		

ANEXO IV - PROJETO DE RELAXAMENTO

(Sem capa)

INTRODUÇÃO

A dependência alcoólica corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que podem ocorrer após consumo repetido e continuado de álcool.

Carateriza-se por um acentuado desejo de ingerir bebidas alcoólicas, sem controlo sobre o seu uso, com prossecução dos consumos independentemente das suas repercussões, com aumento da tolerância ao etanol e sintomas de privação quando a sua utilização é descontinuada. (WHO, 1992)

Trata-se de uma doença primária, crónica cujo desenvolvimento e manifestações são influenciados por diversos fatores, nomeadamente genéticos, psicológicos, sociais e ambientais. É normalmente acompanhada por distorções cognitivas, com especial realce para a negação. A deterioração da capacidade de controlar o consumo de bebidas alcoólicas - intermitente ou muito ligeira nas fases iniciais da doença - pode assumir-se de tal forma intensa que conduz a uma automatização da conduta de autoadministração de álcool e a uma clara perda de controlo. A procura de ajuda para a doença surge muitas vezes a partir da vivência prolongada de problemas ligados ao álcool, nomeadamente nos aspetos de saúde físicos e psicológicos, nos contactos sociais, nas questões financeiras ou legais e nas relações interpessoais, especialmente as familiares. O tratamento dos problemas ligados ao álcool tem uma relação custo/benefício efetivo, dado que diminui o impacto nos sistemas de saúde e de justiça, das complicações e problemas inerentes ao consumo desta substância. (RIBEIRO, 2008)

O sentimento de ansiedade é parte intrínseca da condição humana. É uma resposta emocional a determinados fatores ambientais e psicológicos, que emerge por uma qualquer modificação no indivíduo ou nas rotinas.

A ansiedade é um dos sintomas do síndrome de privação alcoólica, também designado por *craving*.

Diversos estudos experimentais referem o relaxamento como uma intervenção terapêutica eficaz na diminuição dos níveis de ansiedade, tanto nos dependentes de substâncias psicoativas ilícitas, como para o álcool. Alguns investigadores observaram um aumento na autoeficácia (*coping*) dos doentes perante situações de risco de recaída, aos quais foi submetida Terapia Cognitivo-Comportamental com utilização coadjuvante do relaxamento para controlo da ansiedade.

Na Unidade de Alcoologia de Coimbra, este processo de tratamento para a dependência alcoólica - na modalidade de internamento - contempla a realização de sessões de relaxamento organizadas num treino de 6 sessões divididas pelas 3 semanas. É utilizada a Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson, numa das suas versões adaptadas.

O presente projeto surge precisamente no sentido do estudo do efeito da Técnica de Relaxamento, numa das manifestações do síndrome de dependência alcoólica - neste caso, a ansiedade. Para tal foi construído um Instrumento de Colheita de Dados que caracterizará sociodemográfica e culturalmente os participantes e ainda um instrumento de medida da ansiedade - Inventário de Estado-Traço de Ansiedade, aferido para a população portuguesa por A. Batista em 1996.

Como objetivo geral para a realização do presente projeto, definiu-se:

→ Avaliar o efeito da utilização das sessões de relaxamento nos níveis de ansiedade dos utentes internados na Unidade de Alcoologia de Coimbra.

Como objetivos específicos, definiu-se:

- Prevenir a recaída do consumo de álcool;
- Avaliar as alterações dos níveis de ansiedade antes e depois das sessões de relaxamento;
- Avaliar as alterações ao nível da tensão arterial antes e depois das sessões de relaxamento;
- Avaliar a utilização de medicação ansiolítica (em SOS) durante o período de internamento.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Ansiedade decorrente da Dependência do Álcool

A ansiedade é um sentimento útil, cuja função biológica original é assinalar potenciais ataques ou alterações e desencadear uma reação de fuga ou defesa. Torna-se problemática quando é desproporcional face à situação que a desencadeia, tanto na intensidade como na duração. De outra forma, uma ansiedade ligeira ou moderada ajuda a concentrar para uma determinada tarefa; porém quando esta é excessiva, pode paralisar e anular as capacidades cognitivas e de decisão.

De acordo com Aubrey Lewis (1979) citado por Kathy Neeb (2000), a ansiedade tem algumas características específicas face a outros transtornos frequentes. Entre outras, é um estado emocional, com a experiência subjetiva de medo, terror, horror, alarme ou pânico; é desagradável e direcionada ao futuro (sensação de perigo eminente); reveste-se de sintomatologia física como aperto no peito ou na garganta, dificuldade em respirar, fraqueza nas pernas e outras sensações subjetivas. (Neeb, 2000)

Em geral, a ansiedade diminui com o tratamento das suas causas. No entanto poderá sobrevir um problema secundário, normalmente associado à automedicação e ao consumo de álcool. Nestas situações podem ser utilizadas diversas abordagens do problema, como os grupos comunitários de entreaajuda, o aconselhamento, as técnicas de relaxamento e a gestão do stress. Mais específicos surgem os tratamentos com medicação ansiolítica e a psicoterapia. Os ansiolíticos devem constituir apenas uma parte do tratamento, conjugado com as terapêuticas comportamentais e cognitivas.

No mesmo sentido, Neeb (2000) refere que para o tratamento da ansiedade, o aconselhamento deve ser individualizado. Para além da medicação específica devem ser utilizadas abordagens para a dessensibilização sistemática, designadamente as terapias de grupo, a psicoterapia individual, a hipnose, as imagens mentais, o *biofeedback* e os exercícios de relaxamento. O ensino de algumas destas técnicas possibilita ao indivíduo a capacidade de gerir a sua ansiedade de forma independente. (Neeb, 2000)

O Relaxamento Progressivo como capacitador no controlo da ansiedade

As terapias de relaxamento são utilizadas como coadjuvantes no tratamento de problemas de saúde frequentes, como dores nas costas, alergias, fadiga, stress, hiper-

tensão arterial, etc. Mais recentemente (a partir da década de 90) o treino do relaxamento tem vindo a ser especialmente orientado para a redução ou eliminação dos efeitos do stress, num método designado como intervenção secundária. Esta centra-se no indivíduo e preocupa-se com o aumento da consciência para a mobilização dos recursos físicos e psicológicos próprios, que permitam minimizar os prejuízos do stress. (Pereira, 2008)

Uma das primeiras técnicas estruturadas de relaxamento que surgiu foi o Relaxamento Progressivo, desenvolvido por Jacobson (1934) para o tratamento da ansiedade. Dava um destaque principal ao relaxamento físico decorrente do relaxamento profundo de todos os grandes grupos musculares. A dificuldade na sua aceitação por parte da comunidade científica fez com que a primeira grande experiência da sua eficácia tivesse sido com um grupo de cadetes de piloto na Segunda Guerra Mundial.

Decorrente deste ensaio ficou comprovado o seu poder na gestão do stress, sendo a partir daí frequentemente utilizado como método de conjugação com a terapia comportamental, a psicoterapia e o tratamento com medicação ansiolítica. A autora anterior refere que num estudo realizado por Quick e colaboradores (1997), o Relaxamento Progressivo emergiu como o método mais eficaz para contrariar o *stress*, nos indivíduos em que este se manifesta em primeiro lugar na tensão muscular.

No entanto, e após alguns estudos realizados acerca da sua eficiência e aplicação em contextos específicos, foram sendo desenvolvidas algumas adaptações às versões originais da técnica de Jacobson.

As técnicas de Relaxamento Progressivo revistas são muito utilizadas por terapeutas comportamentais dada a facilidade do seu ensino e apreensão em poucas sessões, principalmente quando se associam a suportes de áudio ou imagens (mentais ou reais). Sheufele (2000) citado por Almeida (2005) refere que, apesar de alguns estudos sugerirem que o método original tem melhores resultados ao nível da ansiedade do que os revistos, outros indicam que é necessário fazer mais investigação para determinar os pontos fortes e fracos de ambos.

2. FASE METODOLÓGICA

Relativamente à estratégia de investigação adotada, definiu-se a utilização da Revisão Sistemática da Literatura com a finalidade de obter respostas - produto de estudos já realizados neste âmbito - que permitam comparar os resultados obtidos pela aplicação e desenvolvimento do estudo contextualizado para a Unidade de Alcoologia de Coimbra.

Após a concetualização e enquadramento dos conceitos principais da temática, formulou-se a seguinte pergunta PICOD: *Qual o efeito da utilização da técnica de relaxamento (de Jacobson) (I) na ansiedade (O) na pessoa com dependência alcoólica(P)?*

De seguida, determinaram-se as palavras-chave da temática em estudo e submeteram-se a avaliação dos descritores através da utilização da plataforma MeSH Browser (2013), disponível *online*. Verificou-se que todos os conceitos são descritores. (ANEXO I)

Posteriormente serão definidos os critérios de inclusão e exclusão subjacentes à seleção dos artigos, para pesquisa em bases de dados eletrónicas, quer através do site da Ordem dos Enfermeiros (plataforma EBSCO), de Repositórios de Artigos Científicos e da Scielo. De forma a refinar a pesquisa, serão utilizados também alguns *clusters* para delimitar os resultados. As respostas ou resultados obtidos serão organizadas em fichas de leitura e servirão para sustentar a reflexão crítica da temática.

O presente estudo decorre da necessidade sentida pela equipa de Enfermagem da Unidade de Alcoologia de Coimbra. A utilização de técnicas de relaxamento em grupo faz parte do programa de tratamento em internamento nesta unidade. As sessões de relaxamento são realizadas por enfermeiros nas diferentes semanas de internamento. Sendo uma estratégia há muito utilizada como coadjuvante no tratamento da dependência alcoólica, a sua evidência nunca foi estudada ou investigada neste serviço.

Neste sentido, surge a necessidade de avaliar a efetividade da utilização destas técnicas, nomeadamente no que diz respeito às alterações nos níveis de ansiedade, valores tensionais (Tensão Arterial), utilização de medicação ansiolítica e outros dados importantes, nomeadamente associados a características sociodemográficas e culturais dos indivíduos em tratamento.

Decorrente da vivência experienciada da realização da técnica, a equipa de Enfermagem levanta algumas questões, nomeadamente: “a hora de execução é a mais apropriada?”, “o atual guião estará adaptado às alterações cognitivas (decorrentes dos

consumos) dos nossos utentes?”, “faria sentido uma entrevista preliminar protocolada que explicasse os objetivos do treino de relaxamento?”.

Desta forma decidiu-se utilizar uma metodologia diferente, em comparação com a atual para a aplicação da técnica.

Foi construído um Instrumento de Colheita de Dados de raiz, o qual contemplará algumas variáveis como:

- Dados de caracterização sociocultural;
- Escala de avaliação da ansiedade;
- Quadro de registo dos valores da Tensão Arterial antes e depois da sessão;
- Formulário para registo da utilização de medicação ansiolítica de SOS.

A escolha de uma escala para a avaliação da ansiedade deve ter em conta a finalidade a que se destina. Da pesquisa realizada detetaram-se vários tipos de escalas para a temática em causa. Organizando-as em grupos, percebe-se que se dividem em escalas com o intuito diagnóstico ou escalas de quantificação de intensidade ou gravidade. Estas últimas são frequentemente utilizadas na avaliação de tratamentos ou abordagens terapêuticas, principalmente quando já existe um diagnóstico prévio ou uma previsão do aparecimento de ansiedade face a uma determinada situação ou momento (como é o caso da dependência de álcool). (Keedwell & Snaith, 1996)

O *State Trait Anxiety Inventory (STAI)* é um questionário de autopreenchimento que avalia a ansiedade. A escolha deste instrumento teve em consideração o facto de ser possível avaliar a ansiedade-estado e a ansiedade-traço; foi traduzida para português por A.Batista em 1996 e validada para a população portuguesa por Danilo Silva, desde 1997; apresenta boas propriedades psicométricas e excelente acessibilidade. A forma Y-1 avalia a ansiedade-estado, referindo-se à intensidade desse sentimento no momento da sua aplicação. Já a forma Y-2 avalia a ansiedade-traço, dizendo respeito à forma como a pessoa habitualmente se sente, isto é, à frequência de sentimentos de ansiedade.

População

Como população em estudo, definiu-se todos os utentes que iniciem tratamento no período de 20 de maio a 17 de junho de 2013, que reúnam critérios de inclusão. Serão divididos de forma probabilística aleatória entre o Grupo A e o Grupo B, da seguinte maneira: em número total par, Grupo A = n e Grupo B = n; em número total ímpar, Grupo A = n+1 e Grupo B = n, em que $n = \text{Total} / 2$.

Tipo de Estudo

Partindo dos objetivos apresentados, considera-se oportuno utilizar uma estratégia de estudo quantitativo, caso-controle.

Entrevista Preliminar

No segundo dia do tratamento realiza-se uma reunião em grupo com os utentes que iniciaram internamento no dia anterior, com a finalidade de apresentar:

- Os objetivos do estudo;
- A ansiedade como sintoma do síndrome de dependência do álcool;
- O Relaxamento muscular progressivo de Jacobson como treino para aprender a contrair e descontraír determinados músculos do corpo;
- Os horários e duração das sessões de relaxamento, bem como os procedimentos que as precedem e sucedem, nomeadamente o preenchimento do Instrumento de Colheita de Dados e as avaliações de Tensão Arterial.
- O termo de consentimento de anuência para a participação.

Após a autorização expressa, inicia-se a aplicação do ICD.

Aplicação do ICD (Instrumento de Colheita de Dados)

A aplicação é contínua e decorre no período de internamento (21 dias), da seguinte forma:

1) Entrevista preliminar - preenchimento dos dados de caracterização sociodemográfica + STAI Traço de Ansiedade + avaliação da TA;

2) Na primeira sessão de relaxamento:

2.1) Antes - avaliação da TA + STAI Estado de Ansiedade

2.2) Depois - avaliação da TA

3) Na segunda, terceira, quarta e quinta sessão de relaxamento:

3.1) Antes - avaliação da TA

3.2) Depois - avaliação da TA

4) Na sexta sessão de relaxamento:

4.1) Antes - avaliação da TA + STAI Estado de Ansiedade

4.2) Depois - avaliação da TA

5) Aquando da administração de medicação ansiolítica (SOS).

Salienta-se que a aplicação definitiva será precedida de um pré-teste do ICD de forma a determinar a clareza e precisão dos termos, a quantidade, forma e ordem das perguntas; a aplicar a 5 utentes.

Programação das sessões de relaxamento:

i) 1.^a Semana, na 4.^a feira e sábado: Grupo A - 10:00h; Grupo B - 22:00h.

ii) 2.^a Semana, na 3.^a e 6.^a feira: Grupo A - 10:00h; Grupo B - 22:00h.

iii) 3.^a Semana, na 2.^a e 5.^a feira: Grupo A - 10:00h; Grupo B - 22:00h.

Tratamento dos dados

Durante a aplicação do Instrumento de Colheita de Dados, a introdução da sua informação será feita de forma contínua e sistemática.

Os dados serão submetidos a tratamento através de utilização de programas estatísticos específicos.

Fundamentos éticos

A atividade de enfermagem evolui com a investigação.

Importa cada vez mais determinar a evidência científica da nossa prática. O controlo científico e ético é indispensável. O método científico introduziu rigor aos cuidados de enfermagem. O respeito pela dignidade humana exige que toda a pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos participantes.

O projeto será apresentado à Sr.^a Diretora e à equipa de enfermagem da Unidade de Alcoologia de Coimbra. Será também pedida autorização ao comité de ética da ARSC,IP.

Será pedida autorização expressa aos participantes, após explicação esclarecida dos objetivos do estudo e do conteúdo do formulário.

N.º _____

TÍTULO DO ESTUDO: Qual o efeito da utilização da técnica de relaxamento muscular de Jacobson nos níveis de ansiedade dos utentes internados na Unidade de Alcoologia de Coimbra.

A equipa de enfermagem da Unidade de Alcoologia de Coimbra, está a realizar um estudo com o objetivo de conhecer o efeito da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson, nos níveis de ansiedade dos utentes internados para tratamento da dependência alcoólica.

Para tal será necessário:

- A aplicação do presente formulário em diferentes momentos do internamento;
- A avaliação da Tensão Arterial;
- A sua adesão ao estudo.

A escolha de participar ou não neste estudo é voluntária.

Se por qualquer motivo decidir não querer tomar parte do estudo, ou em qualquer momento decidir optar por retirar-se do mesmo, poderá fazê-lo de livre vontade, sem qualquer prejuízo para o decurso do internamento.

Garantimos a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos segundo o código ético e deontológico.

Eu, abaixo assinado, (nome completo)

.....

Compreendi o que me foi explicado acerca da minha participação no estudo que se tem de realizar. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias das quais obtive respostas satisfatórias.

Desta forma, dou o meu consentimento para entrar no estudo que me foi explicado.

_____ / _____ / 2013

Assinatura: _____

ANEXO I - Critérios de formulação pergunta PICOD e descritores / palavras-chave

Quadro 1 - Critérios de formulação da pergunta PICOD, Palavras-chave e Descritores

P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoas com dependência alcoólica	Palavras-chave	Descritores Hierarquizados
I	Intervenções	O que foi /será feito?	Relaxamento muscular	- Relaxamento muscular; - Capacitação de grupo; - Ansiedade; - Tratamento do alcoolismo.	- <i>Alcohol dependence</i> - <i>Relaxation</i> - <i>Anxiety</i> - <i>Withdrawal</i>
C	Comparações		Dois guiões diferentes da técnica		
O	Outcomes	Resultados ou consequências	Alteração no estado de ansiedade		
D	Desenho	Tipo de estudo			

Considerando os resultados obtidos no que diz respeito aos artigos respeitantes às palavras-chave referidas anteriormente, optou-se pela inclusão do termo “síndrome de privação” - *withdrawal* por este surtir mais resultados e estar relacionado com a temática em estudo.

ANEXO V - FICHAS DE LEITURA – ARTIGOS DA RSL

FICHA DE LEITURA – ARTIGO 1

Título	<i>Involving service users in delivering alcohol addiction therapy</i>
Autores, Ano Publicação, País	Clementinah Rooke, Benjamin Jones e Michele Thomas 2014. Nursing Standard. Reino Unido
Objetivos	Estudar e perceber a eficácia na aplicação de um programa adicional de terapia de grupo em utentes internados para tratamento de PLA – SMART Recovery.
Método	<u>Tipo de Estudo:</u> Estudo experimental <u>Instrumentos:</u> Utilização de questionário próprio para avaliação da efetividade do programa.
Participantes	Cinquenta e dois indivíduos com PLA em tratamento no Brian Hore Unit Hospital.
Intervenções	No tratamento de pessoas com PLA recorreu-se à utilização de um facilitador – enfermeiro especialista em alcoologia ou alcoólico tratado, conforme a sessão e o momento – responsável pela organização e dinâmica de intervenções e terapias de grupo, nas quais são administradas informações credíveis acerca da doença, suas implicações, tratamentos e recuperação. Estas sessões de grupo têm a duração de uma hora e a frequência de seis vezes por semana.
Resultados	No The Brian Hore Unit, o tratamento aos PLA é feito através da utilização concomitante de terapia individual, tratamento psiquiátrico, desintoxicação, terapia cognitivo-comportamental especializada e mais recentemente o programa SMART Recovery, um conjunto de sessões e terapias de grupo durante as quatro semanas de internamento. Os benefícios deste programa traduziram-se ao nível do aumento de confiança e autoestima dos participantes, desenvolvimento de aprendizagens efetivas e consistentes acerca da doença, dos seus prejuízos e interferências a diversos níveis (físico, familiar, afe-

A pessoa com Problemas Ligados ao Álcool – interpretação e intervenção sistémica

	<p>tivo, social e comunitário).</p> <p>Como ganhos psicoeducativos registou-se uma capacitação para a tomada consciente e autónoma de decisões e responsabilidades.</p> <p>Interessante a utilização de um <i>handbook</i> (diário de bordo) que vai sendo desenvolvido durante as diferentes sessões, o qual revelou ser um suporte importante para a manutenção da abstinência após o tratamento.</p>
Nível de Evidência	Nível 5

FICHA DE LEITURA – ARTIGO 2

Título	<i>Improving addictions treatment outcomes by empowering self and others</i>
Autores, Ano Publicação, País	Thomas E. Wood, Paula Englander-Golden, David E. Golden e Vijayan K. Pillai 2010, International Journal of Mental Health Nursing, Austrália.
Objetivos	Testar a efetividade da adoção de um programa interpessoal, interativo e experimental de treino de grupo, como complemento no tratamento de pessoas com problemas de adição (especialmente álcool) – Programa Say it Straight.
Método	<u>Tipo de Estudo</u> – Estudo Exploratório (ou investigação-ação, NE III) <u>Instrumentos</u> – através de entrevistas semi-estruturadas com a utilização de <i>guidelines</i> para investigação (University of North Texas Human Subjects Research Policies and Procedures), de escalas aferidas quantitativas – The Quality of Life Questionnaire for family, The SIS Communication/ Behavior Skills Questionnaire e The 10-item Rosenberg Self-esteem Scale – e de escala qualitativa SIS Subjective Feedback Questionnaire. Os dados foram mensurados e estatisticamente trabalhados. Observação direta - por parte dos investigadores da participação e mudança de comportamentos dos participantes.
Participantes	Utentes internados em casas de tratamento para problemas de adição – vinte e seis indivíduos, adultos.
Intervenções	Utilização de terapia/intervenção de grupo (SIS) duas vezes por semana durante cinco semanas, o qual consistia em explorar e desenvolver através da capacitação, competências comunicacionais, de resolução de conflitos e problemas, mecanismos de <i>co-ping</i> e de fuga, prevenção da recaída, coesão social e de grupo, etc.
Resultados	A implementação do programa levou ao incremento de estratégias psicoeducativas, intervenções em grupo e com a família. O treino resultou num significativo aumento na capacidade individual dos participantes – ao nível da comunicação, auto-estima e

A pessoa com Problemas Ligados ao Álcool – interpretação e intervenção sistémica

	<p>qualidade no tratamento – e da família – ao nível da compreensão da doença, estratégias adaptativas e de cooperação.</p> <p>Ao nível da qualidade do tratamento, concluiu-se que houve uma promoção eficaz na motivação e adoção de estratégias de <i>co-ping</i>, suporte social e coesão de grupo por parte de todos os participantes.</p> <p>Tal facto traduziu-se numa maior capacidade para falar do que sentem / ouvem / vêem (expressar-se), uma maior resiliência para lidar com a frustração e as mudanças não planeadas, bem como num sentimento de autorresponsabilização pelo seu tratamento.</p> <p>Notou-se também uma maior predisposição para assumir responsabilidades sociais, tais como ajudar os pares.</p>
Nível de Evidência	Nível IV

FICHA DE LEITURA – ARTIGO 3

Título	<i>An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence.</i>
Autores, Ano Publicação, País	Me-Yu Yed, Hui-Lian Che, Li-Wei Lee e Fen-Fang Horng. 2008, Journal of Clinical Nursing – Health Promotion. Taiwan.
Objetivos	Explorar os conceitos e os processos mais eficazes para o sucesso da abstinência alcoólica dos membros de Grupos de Alcoólicos Anônimos de Taiwan.
Método	<u>Tipo de Estudo</u> – Grounded Theory Method (estudo qualitativo) <u>Instrumentos</u> – Entrevistas direcionadas com sete perguntas abertas + análise de conteúdo.
Participantes	Nove indivíduos com sucesso na abstinência alcoólica (mais de um ano sem consumir álcool), monitores (ou responsáveis) por grupos de tratamento e auto-ajuda nos PLA.
Intervenções	Assistência e supervisão de reuniões e terapias de grupo de pessoas com PLA e entrevistas aos seus monitores.
Resultados	A motivação para o sucesso da abstinência alcoólica deveu-se ao processo de capacitação proporcionado pelos monitores (alcoólicos tratados) em grupo, promovendo o espírito de coesão e interajuda, partilha de experiências e conhecimentos /informações corretas e científicas. Uma melhor compreensão dos processos de tratamento das pessoas com PLA, nomeadamente dos fatores psicológicos, sociais e familiares, leva a uma maior efetividade na sua recuperação. A intervenção direcionada e adaptada às diversas fases no tratamento dos PLA, potencia a capacitação e conseqüente equilíbrio e bem estar do “dependente”. O processo de capacitação individual e comunitário divide-se em três fases interligadas: - Reposicionamento (<i>Repositioning</i>): intervenções direcionadas para a aceitação da doença e aceitação no e pelo grupo - como

A pessoa com Problemas Ligados ao Álcool – interpretação e intervenção sistêmica

	<p>ferramenta para expressão de sentimentos e emoções – e para o desenvolvimento de autoconfiança e segurança;</p> <ul style="list-style-type: none">- Liberação (<i>Releasing</i>): intervenções direcionadas para a informação e sensibilização com vista à percepção da necessidade de ajuda para lidar com o problema;- Partilha Ativa (<i>Active Sharing</i>): intervenções e espaços para partilha de experiências e informação (com supervisão técnica) entre os pares, contribuindo para uma melhoria na capacidade de pensar, resolução de problemas e desenvolvimento de mecanismos de suporte/<i> coping</i>.
Nível de Evidência	Nível 5