

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**Intervenção Especializada de Enfermagem
em Indivíduos Adictos ao Álcool**

António Artur Querido Mendes

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Este Relatório inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri

Orientador

Prof. Doutor Manuel Lopes

**Março
2011**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**Intervenção Especializada de Enfermagem
em Indivíduos Adictos ao Álcool**

António Artur Querido Mendes

**Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria**

Este Relatório inclui as críticas e sugestões feitas pelo Júri

Orientador

Prof. Doutor Manuel Lopes

**Março
2011**

Resumo

O alcoolismo é uma doença com um potencial de infligir sofrimento enorme, interferindo com todas as dimensões do indivíduo, assim como em todos os quadrantes da sociedade.

Este relatório expressa a preocupação com a problemática, e descreve o trabalho desenvolvido ao longo de um ano na área da saúde mental e psiquiátrica por um enfermeiro. Através da criação de uma consulta de enfermagem, desenvolveram-se um conjunto de intervenções de enfermagem com o intuito de diminuir factores de risco e potenciar factores de protecção nos indivíduos com comportamentos aditivos face ao consumo de bebidas alcoólicas. A intencionalidade terapêutica incidu sobre a reconstrução ou reorganização da vida nomeadamente nos seguintes aspectos: restabelecimento das capacidades relacionais com o seu meio, e estabilização num novo estilo de vida de abstinência alcoólica.

Após intervenção observaram-se ganhos de saúde para um quinto dos utentes atendidos. Esta avaliação contudo está comprometida pela qualidade dos registos disponíveis. Concluindo-se que o projecto não se esgotou, pois este relatório permitiu uma identificação de algumas fragilidades a corrigir, nomeadamente a sistematização de registos clínicos, uma abordagem inicial que permita maior ancoragem (taxas de abandono superiores a 50%) e a introdução de um sistema de acompanhamento remoto no pós alta.

Palavras-chave: Enfermagem, intervenção especializada, doente alcoólico, abstinência, mudança de comportamentos

Abstract

Nursing Specialized Intervention in Individuals Addicted to Alcohol

Alcoholism is a disease with an enormous potential to inflict pain, interfering with all individual dimensions, and also with all sections of society.

This work expresses the concern with this problematic and describes the work developed along a year in the area of mental and psychiatric health by a nurse. Through the creation of a nursing appointment, a set of nursing interventions were developed in order to reduce the factors of risk and potentiate factors of protection in the individual with addicted behaviours to alcoholic beverages consumption. Therapeutic intentionality focused on the reconstruction or reorganization of life on the following aspects: reestablishment of connecting abilities with their social environment, and consolidation of a new alcoholic abstinent life style.

After the intervention we could observe some improvement on the health of a fifth of the users who were attended. However, this evaluation is compromised by the quality of the available records. We can conclude that the project is not exhausted since this work allowed the identification of some fragilities that could be corrected, namely the systematization of clinic records, a more anchoring initial approach (dropout rates exceeding 50%) and the introduction of a remote aftercare supervision system.

Key words: Nursing, specialized intervention, alcoholic patient, abstinence, change of behaviour

Agradecimentos

Este espaço é normalmente dedicado à referência de todos aqueles que de algum modo contribuíram para a nossa chegada a esta fase da vida. Sinto que existiram três círculos de relações que tiveram um papel de relevo na minha caminhada que termina com este trabalho.

Agradeço à minha família, pelo apoio, incentivo e paciência da minha esposa e a alegria das minhas filhas. Tenho também uma palavra de agradecimento pela disponibilidade, que eu por vezes desperdicei, do Professor Doutor Manuel Lopes, pelos seus sábios conselhos e a sua tranquila orientação, e paciência.

Aos meus amigos da Escola de Enfermagem pelos momentos de descontração, pelas conversas vadias e pelo constante incentivo.

Para evitar o risco de esquecer alguma boa alma que tenha tido um papel importante no meu percurso e de quem eu insensivelmente não tomei consciência, presto aqui a todos, os meus mais humildes e mais sinceros agradecimentos.

Índice

	fl.
0 – INTRODUÇÃO	10
1 – ANÁLISE DE CONTEXTO	13
1.1 – Recursos materiais e humanos	15
2 – SUPORTE CONCEPTUAL	
A enfermagem e os problemas ligados ao álcool	18
2.1 – Problemas ligados ao álcool	23
2.2 – Relação de ajuda/ Entrevista de enfermagem	27
2.3 – Modelo transteórico de prontidão para a mudança de comportamentos	30
2.4 – Terapia da realidade	32
2.5 – Intervenções breves	33
2.6 – Audit	35
3 – ESTRUTURA DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	37
3.1 – Procedimentos terapêuticos	39
3.1.1 – Primeira entrevista	40
3.1.2 – Entrevistas seguintes	42
4 – OS CLIENTES	43
4.1 – Os diagnósticos	46
4.2 – As intervenções	50
5 – RESULTADOS CLÍNICOS	53
6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS	56
6.1 – Os registos	58
7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	64
8 – CONCLUSÃO	66
BIBLIOGRAFIA	67

Índice de Anexos

ANEXOS	73
Anexo 1 – Folheto informativo sobre o álcool	74
Anexo 2 – Modelo de ficha de registo clínico	89
Anexo 3 – Questionário “Alcohol Use Disorders Identification Test” (AUDIT) com leitura de resultados	94
Anexo 4 – Extracto de registo clínico F23	97
Anexo 5 – Extracto de registo clínico F30	100
Anexo 6 – Extracto de registo clínico F17	104

Índice de Figuras

Figura 1 – Fluxograma geral	14
Figura 2 – Planta do edifício (rés-do-chão)	16
Figura 3 – Esquema do espaço de consulta	16
Figura 4 – Roda dos estádios de mudança	31
Figura 5 – Distribuição dos clientes por idades	43
Figura 6 – Distribuição dos clientes por localidades	44
Figura 7 – Processo de avaliação diagnóstica versus Processo de intervenção terapêutica em enfermagem – evolução considerando a dimensão tempo	57
Figura 8 – Extracto da ficha clínica	60
Figura 9 – Extracto de notas de enfermagem cliente F16	61
Figura 10 – Extracto de notas de enfermagem cliente F17	61
Figura 11 – Extracto de notas de enfermagem cliente F21	62

Índice de Quadros

Quadro 1 – Níveis de risco e respectivas intervenções	35
Quadro 2 – Distribuição dos clientes por actividade profissional	44
Quadro 3 – Relação entre número de consultas e a presença de acompanhante na consulta	45
Quadro 4 – Razões para procurar ajuda	46
Quadro 5 – Consultas programadas e realizadas	53
Quadro 6 – Avaliação dos consumos no fim da intervenção	54

"O vinho fala. Toda a gente sabe isso. Olhemos à nossa volta. Perguntemos ao oráculo na esquina da rua; ao conviva não convidado num banquete de casamento; ao tolo ingénuo. O vinho fala. Ventriloquiza. Tem um milhão de vozes. Solta a língua, arranca-nos segredos que nunca tencionámos contar, segredos que nem sequer conhecíamos. O vinho berra, disparata, sussurra. Ri às gargalhadas. Ri suavemente entredendes. Chora perante o seu próprio reflexo."

in Vinho Mágico (Harris 2000:9)

0 - INTRODUÇÃO

A história da humanidade tem-nos mostrado o constante gosto que o Homem em geral tem pela bebida alcoólica. Elas foram usadas desde sempre, pelo seu efeito tónico e euforizante, para aliviar a angústia e libertarem tensões estando toda a história da humanidade permeada pelo consumo de álcool (Mello, Barrias e Breda, 2001).

Desde os tempos mais remotos são conhecidos os efeitos patológicos das bebidas fermentadas, contudo seria a intoxicação aguda a perturbação reconhecida como problemática no consumo. O impacto do consumo excessivo e as suas consequências para o organismo humano seriam ignorados ou desvalorizados (Mello, Barrias e Breda, 2001). Ainda hoje, embora seja reconhecido o risco para a saúde pública (Room, 2005), o consumo é desvalorizado, ou tolerado no seio da sociedade.

Os elevados danos para a saúde sem uma resposta adequada do indivíduo na procura de cuidados poderá ser compreendida, porque os comportamentos relacionados com o álcool estão envoltos num processo de socialização, onde é feita uma aprendizagem assente em falsos conceitos, que dificultam a intervenção terapêutica e promovem comportamentos nocivos para a saúde (Cabral, et al. 2007). Se socialmente uma noção errada da acção e consequência dos consumos excessivo de álcool tem um peso tremendo na saúde das populações, mais complicado se tornará, se os grupos profissionais que têm a responsabilidade de fornecer ajuda e contribuir para a recuperação do bem-estar dos indivíduos, que vivem estas experiências de doença mantiverem uma visão da patologia originada no senso comum (Kinney, 2003).

Existem indicadores (Silveira, 2009) que demonstram uma tendência dos técnicos de saúde para terem uma visão moralista sobre a dependência alcoólica, em que predominam as generalizações, associações afectivas negativas e, no extremo, atitudes discriminatórias. O ambiente estigmatizante produzido, leva à responsabilização do indivíduo por apresentar uma fraqueza de carácter, passando a problemática a ter um enfoque ético-moral e perdendo importância a situação de saúde na suas várias vertentes. Como consequência, a probabilidade de comportamentos de negação e afastamento da ajuda por parte dos indivíduos aumenta, por outro lado esta visão dos técnicos não estimula o seu investimento na intervenção terapêutica.

Neste quadro em que os consumidores têm pouca consciência da gravidade dos seus comportamentos relacionados com os consumos excessivos, existindo uma certa tolerância e protecção por parte dos seus pares, e sentindo que no meu espaço de trabalho, o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de Évora, não existia uma estrutura quer humana, quer física, que desse uma resposta adequada às solicitações de pessoas com problemas ligados ao álcool que me lançou para a construção de um programa de intervenção na vertente alcoológica.

O facto de ser enfermeiro, e ter um interesse pessoal pela natureza das relações humanas, permitia uma visão mais centrada nas respostas humanas do indivíduo, para além do acompanhamento biomédico.

O trabalho incidiu numa intervenção de enfermagem para diminuir factores de risco e potenciar factores de protecção nos indivíduos com comportamentos aditivos face ao consumo de bebidas alcoólicas, tendo como intencionalidade terapêutica a reconstrução ou reorganização da vida nomeadamente nos seguintes aspectos: restabelecimento das capacidades relacionais com o seu meio, e estabilização num novo estilo de vida de abstinência alcoólica.

O programa de intervenção alcoológica iniciou-se em 2006 e terminou no final de 2009, contudo este relatório refere-se à intervenção realizada com indivíduos que iniciaram acompanhamento no ano de 2008. As razões para a escolha deste ano em particular prendem-se com o facto de ser um ano intermédio onde existia uma estabilização da organização e dos processos de intervenção, e também por permitir ter disponíveis os dados relativos a todo o processo de intervenção, pois o acompanhamento dos doentes previsto seria até dois anos, o que nalguns casos foi iniciado em 2008 e encerrado em 2009.

Este relatório é referente à intervenção terapêutica desenvolvida pela componente de enfermagem que, embora integrada numa estrutura multidisciplinar, tinha autonomia diagnóstica e de intervenção. O trabalho desenvolvido não foi um trabalho de investigação, foi um processo de intervenção, onde se procurou dar respostas e agir com os clientes na sua procura de restabelecimentos da saúde. Contudo para além de relatar, função básica de um relatório, permitiu também analisar e aferir percursos, reconhecendo falhas, processos de decisão e tirando conclusões. Todo este processo permitiu cumprir o primeiro objectivo, que era o desenvolver competências pessoais e profissionais no

âmbito da enfermagem de saúde mental, nomeadamente na dimensão relação com o doente e na identificação (processo de auto-conhecimento) das minhas características pessoais que melhor potenciassesem a relação terapêutica.

Assim sendo, o relatório final apresentado inicia-se com os contextos e razões porque foi desenvolvido o trabalho.

No capítulo dois apresentam-se, de forma resumida, os princípios conceptuais que influenciaram a minha intervenção técnica, e que contribuíram para a construção de uma personalidade profissional.

O capítulo três descreve os aspectos estruturantes da intervenção e a metodologia de trabalho.

Nos capítulos seguintes analisa-se de forma crítica a trabalho desenvolvido e os seus resultados, é feita uma apreciação global de todo o trabalho realizado, e apresentadas algumas conclusões tendo como orientação o aperfeiçoamento profissional projectado no futuro.

O uso da informação clínica contida neste relatório foi autorizado pela comissão de ética do Hospital do Espírito Santo, e tomou-se especial cuidado para resguardar a identidade dos utentes envolvidos tendo em conta o estigma que os problemas psiquiátricos envolvem, pelo que todas as fichas clínicas foram codificadas.

1 – ANÁLISE DE CONTEXTO

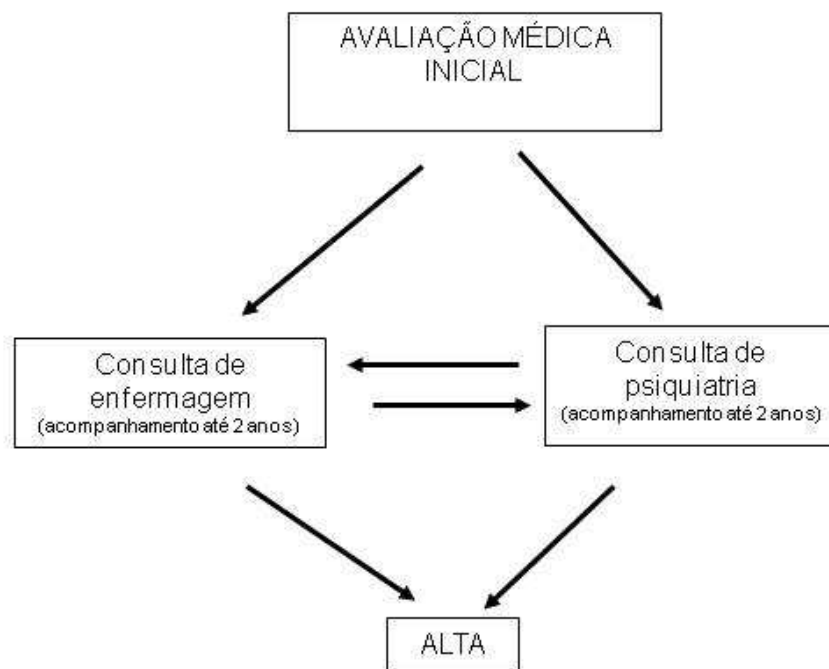
Uma característica central dos comportamentos aditivos é a perda de controlo. A pessoa não tem controlo sobre o comportamento e para além disso o mesmo provoca-lhe dependência, tolerância, síndrome de abstinência e uma influência negativa na sua vida, que virá a ser em muitos casos o que o influencia a procurar ajuda (Ferreira-Borges e Filho, 2007).

Tanto o consumo excessivo como a dependência de álcool são um problema complexo que se prende com a sua natureza diversa (factores biomédicos, farmacológicos, psicológicos e sociais). As consequências são variadas e graves, tanto a nível individual, como social, como económico (Rehn et al. 2001). Nesta perspectiva posso afirmar estarmos perante um caso de saúde pública (Room et al. 2005), onde devem ser investidos todos os esforços possíveis. Os indicadores nacionais publicitados pelo Instituto Nacional de Estatística, que nos últimos anos pontuavam um ganho de saúde pela estabilização dos consumos, com alguns grupos etários a diminuir mesmo os seus consumos (Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1995/96, Portugal 1998), (INS 1998/99, Portugal 2000), revelam através dos dados disponíveis mais recentes, uma inversão na tendência, e os consumos voltam a subir (INS 2005/06, Portugal 2007). Foi neste quadro de agravamento do consumo que surgiu a necessidade de criar uma estrutura de suporte aos indivíduos com problemas ligados ao álcool na região do distrito de Évora.

Reforçava esta necessidade, as regulares solicitações que o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital do Espírito Santo de Évora ia recebendo da população, relacionadas com o consumo excessivo de álcool. Em paralelo, por parte de alguns técnicos, em especial dos enfermeiros, sentia-se algum desconforto terapêutico por não disporem de recursos, quer materiais, quer de conhecimentos, para dar respostas seguras aos pedidos de ajuda. Neste quadro, e pela iniciativa de alguns enfermeiros, iniciou-se um processo de actualização de conhecimentos e de aprendizagem de novas abordagens, com estudo e estágios em instituições de reconhecido mérito profissional. Como caminho natural começou-se a estruturar uma equipa funcional que, face aos pedidos de ajuda de indivíduos com problemas ligados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, fosse capaz de, através da sua intervenção, diminuir factores de risco e potenciar factores de protecção nos indivíduos, permitindo que estes pudessem corrigir os seus comportamentos e recuperar o controlo da sua vida.

A equipa foi criada numa estrutura multidisciplinar, composta por um médico, 3 enfermeiros com a hipótese de, sempre, que se justificasse, integrar a ajuda de outros especialistas. Algum tempo depois, por motivos organizacionais, a equipa foi reduzida a um médico e a um enfermeiro, com o apoio de um elemento administrativo. O médico tinha uma intervenção mais vocacionada para o (re)equilíbrio fisiológico inerente à desintoxicação do indivíduo e recorria a terapêutica farmacológica. O enfermeiro da equipa centrava a sua intervenção mais na desabituação psicológica e recorria a psicoterapia para a mudança de comportamentos. Destaque também para o papel do administrativo que para além do trabalho burocrático, também estimulava os utentes a participar nas consultas, em especial quando estes na sala de espera hesitavam e mostravam intenção de desistir.

Figura 1 – Fluxograma geral



Após uma avaliação médica inicial feita pelo psiquiatra os doentes eram encaminhados para a consulta de enfermagem, ou mantinham-se só com o acompanhamento médico. Depois desta avaliação inicial as consultas eram autónomas na intervenção, contudo a troca de informação era regular entre os seus elementos. O doente era acompanhado em simultâneo nas consultas de enfermagem e médica (figura 1).

1.1 – Recursos materiais e humanos

O projecto de intervenção desde o seu início foi elaborado na perspectiva de uma prestação de cuidados em ambulatório, pelo que o espaço físico utilizado foi naturalmente a área da unidade de ambulatório do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) do Hospital do Espírito Santo EPE.

O DPSM está dividido em duas unidades funcionais distintas, a unidade de internamento e a unidade de ambulatório/consulta externa.

A unidade de internamento que se localizava numa quinta, num bairro periférico da cidade, foi deslocada, no final de 2008, para o quarto piso do edifício Patrocínio do Hospital de Évora.

A unidade de ambulatório fica num edifício já antigo com 1º andar, e apresenta uma estrutura arquitectónica com alguns problemas de acessibilidades (presença de escadas e degraus sem existirem rampas ou elevador). Localiza-se nas proximidades do Teatro Garcia de Resende, sendo a sua localização central em relação ao tecido urbano da cidade.

Na unidade de ambulatório, funcionam todas as valências viradas para a intervenção integrada na comunidade, nomeadamente por serviços de psiquiatria consulta, enfermagem de ambulatório/comunitária, psicologia, apoio social, terapia da fala, terapia ocupacional e grande parte dos serviços administrativos que dão apoio ao DPSM.

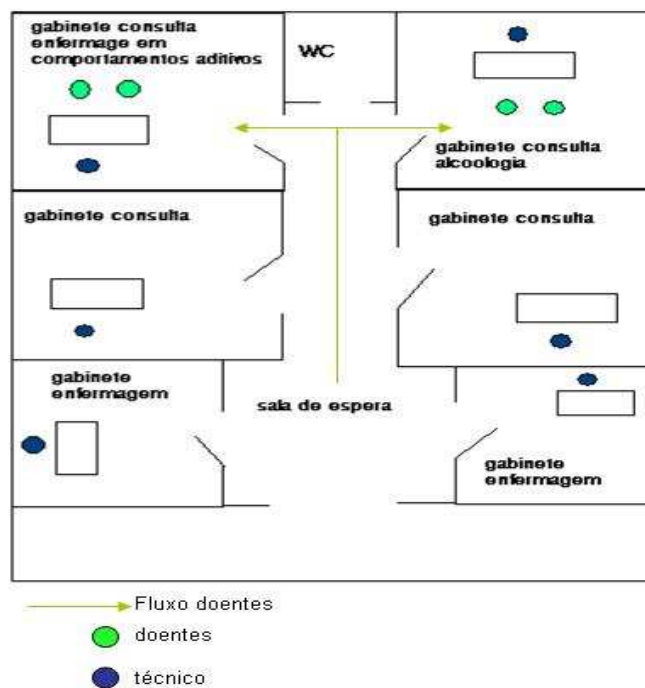
A equipa de intervenção em alcoologia funcionava neste edifício, no rés-do-chão (Figura 2).

Na entrada do edifício temos um hall onde funciona a recepção, à direita fica o acesso à sala de espera, que é um espaço central entre gabinetes. Nas primeiras duas salas funciona a equipa de enfermagem, as quatro salas seguintes são utilizadas para consultas e entrevistas, seguindo um plano de distribuição e utilização pré-estabelecido. Nas últimas duas salas deste grupo, às terças-feiras, no período da manhã realizavam-se as consultas médica e de enfermagem em comportamentos aditivos – álcool. Como os gabinetes eram frontais, permitiam de forma bastante funcional, a troca de informações entre enfermeiro e médico, e o planeamento terapêutico concertado quando necessários (figura 3).

Figura 2 – Planta do edifício (rés-do-chão)



Figura 3 – Esquema do espaço de consulta



A equipa para além do psiquiatra e do enfermeiro, também tinha um administrativo que na recepção acolhia o doente e lhe dava as primeiras orientações em relação ao espaço de consulta e procedimentos administrativos. A administrativa era por vezes uma facili-

tadora na comunicação doentes/clínicos, fazendo chegar, quer ao médico, quer ao enfermeiro as questões colocadas pelos doentes nos outros dias da semana.

Na consulta de enfermagem os materiais utilizados eram o computador, que servia como meio auxiliar nos ensinamentos, os folhetos informativos (ver anexo 1), e uma ficha de registos clínicos (ver anexo 2).

Os recursos utilizados, tendo como orientação organizacional um quadro de contenção financeira, foram sempre os mínimos possíveis para a realização da intervenção, sendo por vezes feito um esforço da componente humana que ia para além das suas obrigações profissionais para compensar os poucos recursos disponíveis.

Em resumo:

Recursos materiais:

- 2 Gabinetes na consulta externa às 3^a feiras das 8.30h às 12.30h (1 para o médico e outro para o enfermeiro).
- 2 Computadores, folhetos informativos e fichas clínicas.

Recursos humanos:

- 1 Médico Psiquiatra
- 1 Enfermeiro
- 1 Administrativa

2 – SUPORTE CONCEPTUAL

A Enfermagem e os problemas ligados ao álcool

A construção da intervenção de enfermagem como resposta de ajuda para com indivíduos com comportamentos aditivos ao álcool, foi claramente condicionada pela minha forma de sentir a profissão, e também pela forma como entendo a problemática dos consumos nocivos de bebidas alcoólicas. Neste capítulo apresento uma breve abordagem da evolução da enfermagem enquanto profissão, para que se possa perceber o caminho sustentado que foi feito em direcção à pessoa como um ser único que necessita de uma abordagem também única. Faço também um enquadramento das evoluções dos conceitos ligados ao álcool, e como a complexidade da problemática encontra resposta nas características terapêuticas do enfermeiro.

Ao longo do processo de intervenção foram sendo utilizadas algumas ferramentas, que neste capítulo também são descritas de forma sucinta, para que se possam compreender as opções, e estratégias terapêuticas utilizadas.

Collière (1999:27) afirma que *“desde que surge a vida que existem cuidados, porque é preciso “tomar conta” da vida para que ela possa permanecer”*. Esta necessidade que o ser humano teve de cuidar do seu semelhante, foi ao longo dos milénios exercida por quem estava no contexto e em posição de fornecer essa ajuda. Com o evoluir da civilização e correspondentes reajustes da organização social, o papel de cuidador foi pouco a pouco ficando mais delimitado e especializado, até que os seus contornos passaram a ter nome, “Enfermagem” e conseqüentemente, a serem profissionalizados. Posso afirmar que a enfermagem surge como uma evolução natural de uma necessidade humana.

Os cuidados de enfermagem estavam ligados à saúde através da sua associação ao exercício da medicina, numa relação serviçal. É com os contributos de Florence Nightingale que a enfermagem toma o rumo em direcção à sua definição como disciplina. Nightingale reclamou a necessidade de formação para quem exercia enfermagem, também defendia uma delimitação de saberes e de actuação em relação ao exercício médico (Lopes, 2001).

Ao longo dos últimos 200 anos a enfermagem tem vindo progressivamente a evoluir, mas é a partir dos meados do século XX que o desenvolvimento conceptual toma folgo e surgem várias teorias de enfermagem com a finalidade de descrever, explicar, compreender e prescrever os cuidados de enfermagem (George, 2000).

A produção conceptual foi de tal ordem que surgiu a necessidade de a sistematizar para melhor compreender a sua evolução. Assim, K rouac et al. (1994) propõem três grandes grupos onde agregam as teorias de enfermagem, sendo eles os paradigmas da categoriza o, da interac o e da transforma o.

Paradigma da Categoriza o

Este paradigma caracteriza-se por observar os fen menos de modo isolado, não inseridos no seu contexto, e por os entender dotados de propriedades definíveis e mensuráveis. O pensamento está orientado para a procura de um factor causal para as doenças e para o relacionamento da causa da doença com a sintomatologia. Estas manifesta es, por sua vez, possuem características bem definidas, mensuráveis e categoriz veis.

A preocupa o predominante   com o  rgo afectado, com o diagnóstico médico, com o tratamento e a cura. A pessoa   entendida por partes, não existindo uma visão de globalidade e o ambiente   algo separado da pessoa e fragmentado em social, físico e cultural (Lopes, 2001). A pessoa e o ambiente aparecem assim como duas entidades distintas e separadas.

Este paradigma poderá localizar-se ainda no século XIX, altura em que se começaram a identificar alguns agentes patog nicos e se estabeleceu a sua rela o com algumas doenças.

A saúde   entendida como um estado de equilíbrio, altamente desejável e sin nimo de ausência de doença. Os cuidados são dirigidos para os problemas, limita es ou incapacidade das pessoas.

Paradigma da Integra o

Este paradigma começa já a entender os fen menos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais. São valorizados tanto os dados objectivos quanto os subjectivos. Este paradigma influenciou a orienta o da enfermagem para a pessoa. Surge nos Estados Unidos nos anos 50, no pós 2  Guerra, onde havia elevado número de pessoas com carências de vária ordem. Verificou-se também um desenvolvimento notável das ciências sociais e humanas com a contribui o de Adler sobre a psicologia individual, de Rogers sobre a terapia centrada no cliente, e de Maslow sobre a motiva o. Todas elas alertavam para "*um reconhecimento da importância do ser humano no seio da sociedade*" (Lopes, 2001:40 referindo K rouac et al., 1994).

Neste contexto os cuidados de enfermagem tinham como objectivo a manutenção da saúde da pessoa em todas as suas dimensões. O enfermeiro era responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa tendo em conta a sua globalidade. A partir daqui, intervir significa “agir com” a pessoa, com o objectivo de responder às suas necessidades. A pessoa passou a ser entendida como um todo formado por partes em interacção, tendo surgido a expressão "a pessoa como ser bio-psico-socio-culturo-espiritual". Saúde e doença passaram a ser perspectivadas como entidades distintas que coexistem e que estão em interacção dinâmica. A maioria das concepções de enfermagem foram criadas a partir da orientação para a pessoa. Surgiram durante este período os primeiros modelos conceptuais para precisar a prática dos cuidados de enfermagem e para orientar a formação e a investigação (Lopes, 2001).

Paradigma da Transformação

Este paradigma entende os fenómenos como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia. As mudanças ocorrem por estádios de organização e de desorganização, mas sempre para níveis de organização superior (Lopes, 2001). Isto é "*um fenómeno é único no sentido em que ele não pode jamais parecer-se completamente com um outro. Alguns apresentam algumas similitudes, mas nenhum se parece completamente. Já que cada fenómeno pode definir-se por uma estrutura e um padrão únicos; é uma unidade global em interacção recíproca e simultânea com uma unidade global mais larga, o mundo que o rodeia*" (Lopes, 2001: 44, citando Kérouac *et al.*).

O início deste paradigma deu-se nos anos 70 e representa a base de uma abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo. Engloba autores como Watson, Rogers, Newman e Parse.

Um acontecimento importante nesta altura foi a Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários em que a Organização Mundial de Saúde (OMS) elabora a declaração de Alma Ata (1978). Na declaração propõe um sistema de cuidados baseados numa filosofia em que "*os homens têm o direito e o dever de participar individual e colectivamente no planeamento e na implementação de medidas de protecção sanitária que lhes são destinadas*" (Lopes, 2001:44). É reconhecida às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito e que inicialmente eram da exclusiva responsabilidade dos técnicos (Lopes, 2001).

Ao longo da descrição dos paradigmas, pode-se verificar que a enfermagem veio produzindo teorização em que existia um incremento da relação enfermeiro/cliente. Partiu-se da parte para o todo, do particularmente objectivo, para o complexo subjectivo. Se no início a acção era “fazer por”, passando a “agir com”, o chegar ao “ser com” implicou reconhecer o outro como pessoa com papel importante para o nosso desempenho, destacando a relação como via para prestar cuidados.

O enfermeiro foi ao longo do tempo afastando-se da lealdade ao médico como elemento central da moralidade da acção, passando a sua lealdade a centrar-se no indivíduo doente (Veiga, 2005).

O estudo das diferentes teorias geradas no seio da enfermagem permitiu encontrar denominadores comuns, que passaram a ser consensualmente aceites como os conceitos base, ou nucleares da disciplina. Estes conceitos que têm sofrido processos evolutivos ao longo do tempo são “pessoa”, “saúde”, “ambiente” e “cuidados de enfermagem” (George, 2000; Lopes, 2001).

Olhando para os conceitos referidos e para a evolução dos seus conteúdos, e se pensarmos na enfermagem enquanto profissão, temos como preocupação dos nossos cuidados a pessoa (nas suas diferentes dimensões), e a forma com esta vive a sua saúde enquadrada pelo seu ambiente.

A enfermagem, como já vimos, tem vindo a trabalhar ao longo da sua evolução teórico-prática o sentido do cuidado e do cuidar, em especial a partir da segunda metade do século XX, sendo este um conceito central na sua evolução, traduz bem o desenvolvimento do pensamento em enfermagem. Neste ponto parece-me importante dedicarmos especial atenção ao conceito de “cuidados”, pois este expressa o ser enfermeiro através da acção do dia-a-dia.

No início, e sobre a forte influência médica, a perspectiva do cuidado centrava a acção, não no doente, mas por via do doente na doença. A relação enfermeiro doente era acessória no contexto da recuperação da saúde.

Os momentos importantes de viragem do conceito de cuidado em enfermagem são os provocados pela resposta à questão: Como responder às necessidades do doente que não

podem satisfazerem-se com a alta tecnicidade? A primeira resposta surge nos anos 1962-63 com “Os Princípios Fundamentais dos Cuidados de Enfermagem” (Henderson, 1961, referida por Collière, 1999), a segunda resposta, e decisiva, foi a publicação do quinto relatório da Organização Mundial de Saúde, sobre os cuidados de enfermagem, onde adopta a definição dos cuidados de enfermagem proposto por Virginia Henderson (Collière, 1999). Esta definição «obriga» os enfermeiros a conhecer as necessidades do doente, logo é forçoso entrar em relação com ele, por outras palavras, ter que descobrir o outro.

Esta corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados foi crescendo. Podemos ver em definições de cuidados de autores distantes temporalmente, como a relação e a obrigatoriedade de descobrir o outro se vai aprofundado.

Mayeroff em 1971 (Medina, 1999:36), descreve o cuidado da seguinte forma “(...) *O cuidado entendido como ajuda a outra pessoa permite o crescimento e a actualização do eu, é um processo de interacção que implica crescimento, da mesma maneira que a amizade só aparece através da confiança mutua que produz uma transformação profunda e qualitativa da relação.*” A importância de centrar o cuidado não na quantidade de actos, mas na sua qualidade e nas relações que se geram na prestação desses actos.

Planner em 1981 (Medina, 1999:36), afirma que “*cuidado é um processo interactivo em que o enfermeiro e o doente se ajudam mutuamente a crescer, actualizarem-se e a transformarem-se para níveis maiores de bem-estar. O cuidado é alcançado por um conhecimento e íntima abertura de um ao outro por uma determinação sincera de compartilhar emoções, ideias, técnicas e conhecimentos.*” Nesta abordagem o autor coloca o cuidado como a descoberta partilhada do outro, onde é impossível agir sem se conhecer o outro, e é essa descoberta que dá o bem-estar essencial ao enfermeiro para continuar.

Em 1989 Benner e Wrubel (Medina, 1999:36), escrevem “*cuidar, o tomar contacto, é o elemento essencial da relação enfermeiro/ doente (...) e a capacidade do enfermeiro para ser empático, “sentir com” o paciente representa a principal característica das relações profissionais*”.

Estas autoras, vêm acima de tudo confirmar pelo seu trabalho de investigação, quais as competências que os enfermeiros têm, fruto do seu desenvolvimento e crescimento profissional, enquanto elementos de relação e descoberta.

O exercício da profissão implica a relação com o outro, colocando o enfermeiro no centro da complexidade das relações humanas. Podemos dizer que a prática profissional de enfermagem é de natureza interpessoal, e que a relação enfermeiro/doente é determinante no processo terapêutico (George, 2000).

A visão holística que o enfermeiro tem da pessoa, alavancada com o uso terapêutico da comunicação e em particular da relação interpessoal e reforçada com o conhecimento científico, dá ao enfermeiro características únicas no panorama das profissões de saúde. É assim que eu entendo o papel do enfermeiro na prestação de cuidados.

2.1 – Problemas ligados ao álcool

Para se perceber a relação que pode existir entre enfermagem e os problemas ligados ao álcool, isto é, qual o potencial de cuidar de um enfermeiro em relação ao indivíduo com problemas ligados ao álcool, é preciso compreender a natureza complexa da ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, independentemente de estarmos perante uma situação de abuso ou num quadro de dependência.

O primeiro conceito de Alcoolismo foi desenvolvido por Magnus Huss em 1849, que o definia como “*o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas suas esferas psíquica, sensitiva e motora, observado nos sujeitos que consumiram bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva e durante um longo período*” (Adès, 1997:35).

Em 1951 a Organização Mundial de Saúde (OMS) adoptava a seguinte definição: “*Os alcoólicos são consumidores excessivos cuja dependência do álcool é tal que apresentam quer uma perturbação mental identificável, quer perturbações que afectam a sua saúde física ou mental, as suas relações com os outros e o seu bom comportamento social e económico...*”(Adès, 1997:36).

Na década de 60 do século XX, Morton Jellinek definia alcoólico como “*...todo o indivíduo cujo consumo de bebidas alcoólicas possa prejudicar o próprio, a sociedade ou ambos...*”(Adès, 1997:35). Para Jellinek, a perda de controlo das quantidades de álcool ingeridas é um dado fundamental para se considerar a existência da doença (Adès, 1997).

Posteriormente nos anos 70, um grupo de peritos da OMS (Edwards e col., 1976, referido por Adès, 1997) sugeriu substituir o termo alcoolismo por síndrome de dependência alcoólica, para se ter uma definição objectiva (sem conotações sociais ou morais).

Quando, entre profissionais de saúde, se abordam os problemas ligados ao álcool, é necessário logo num primeiro momento uniformizar a linguagem para que se possa distinguir entre os conceitos de consumo, abuso e síndrome de dependência do álcool (Babor, 2001a).

Assim, consumo refere-se a qualquer ingestão de álcool. A utilização da expressão consumo de baixo risco ou moderado é utilizada quando a quantidade de álcool ingerida se encontra dentro dos valores legais e médicos preconizados (24gr/dia no homem e 16gr/dia na mulher) (Neto e Silva, 2002).

O **abuso do álcool** é uma expressão utilizada quando existe uma ingestão excessiva de álcool que poderá provocar problemas de saúde e que a manter-se poderá levar à síndrome de dependência do álcool. Nestes casos, as pessoas conseguem conciliar a sua vida (familiar e laboral) com o consumo excessivo de álcool, o que lhes dá uma sensação ilusória de controlo sobre a situação, o que é extremamente perigoso para a saúde e segurança (no trabalho ou em lazer) (Neto e Silva, 2002).

De acordo com o DSM IV (American Psychiatric Association, 2006:199), o **abuso de substâncias** é um padrão desadaptativo da utilização de substâncias, levando a défice ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo durante um período de 12 meses:

- 1) Utilização recorrente de uma substância resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (por exemplo, ausências repetidas ou fraco desempenho profissional relacionado com a utilização de substâncias, suspensões ou expulsões escolares relacionadas com a substância; negligência das crianças ou deveres domésticos);
- 2) Utilização recorrente da substância em situações em que esta se torna fisicamente perigosa (por exemplo, guiar um automóvel ou trabalhar com máquinas quando diminuído pela utilização da substância);

- 3) Problemas legais recorrentes, relacionados com a substância (por exemplo, prisões por comportamentos desordeiros relacionados com a substância);
- 4) Continuação da utilização da substância apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (por exemplo, discussões com o cônjuge sobre as consequências da intoxicação; lutas físicas).

Se o indivíduo tiver tido alguma vez diagnóstico de dependência posteriormente não poderá ser classificado como abuso, mesmo que no momento só preencha os critérios para essa classificação.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2002), **Síndrome de Dependência Alcoólica** é o desejo de ingerir bebidas alcoólicas, acompanhado de dificuldade em controlar o consumo, levando a um uso compulsivo, independentemente dos danos físicos ou mentais provocados à pessoa e aos que lhe são próximos.

Em relação aos critérios de **dependência alcoólica**, o DSM-IV (American Psychiatric Association, 2006:197) adoptou os seguintes:

1. “Tolerância definida por um ou outro dos seguintes critérios:
 - Necessidade de aumentar significativamente as quantidades de álcool para obter uma intoxicação ou o efeito pretendido;
 - Efeito significativamente reduzido quando o álcool é ingerido de forma contínua e em quantidade estável.
2. Abstinência manifestada por um ou outro dos critérios abaixo indicados:
 - Síndrome de abstinência característica;
 - O álcool é ingerido para atenuar ou evitar os sintomas de privação.
3. Álcool tomado frequentemente em maior quantidade ou durante um período de tempo mais prolongado do que o sujeito previra.
4. Desejo persistente de álcool ou vários esforços em vão para reduzir ou controlar o seu consumo.
5. Tempo considerável gasto na obtenção de álcool, no seu consumo, ou para recompor-se dos seus efeitos.

6. Importantes actividades sociais, ocupacionais ou de lazer são abandonadas ou reduzidas por causa do álcool.
7. O consumo de álcool é mantido a despeito de se conhecerem os problemas somáticos ou psicológicos, contínuos ou recorrentes, provocados ou agravados pelo álcool (por exemplo, continuar a beber apesar de se saber que uma ulcera gástrica é agravada pelo álcool).

Pelo já referido neste subcapítulo, percebe-se uma visão do alcoolismo dominada por uma abordagem biomédica, o peso dos sinais e sintomas. A importância da nosologia, dos rótulos. Actualmente ainda não são conhecidos de forma clara os mecanismos da adição, e a etiologia do álcool, embora se continue a pesquisar, com uma aposta forte nas neurociências. Um trabalho de relevo no campo da adição, é o estudo longitudinal de mais de 40 anos sobre o álcool, que foi liderado pelo Professor Vaillant (Ferreira-Borges e Filho, 2004) e que vem confirmar a existência de predisposição genética para o consumo e para a adição, contudo também mantém como factores importantes, os ambientais e os relacionados com as características da substância. Actualmente, e considerando os grandes avanços das ciências, a acção farmacológica continua a não ter impacto na história natural do processo de adição, e os melhores resultados são os conseguidos pelos Alcoólicos Anónimos. Estes assentam a sua acção num processo de ajuda mútua e de auto-ajuda. Melhor dizendo, o seu programa de recuperação é um novo projecto de vida. Não se termina só com o consumo de bebidas, procura-se que a pessoa descubra uma nova forma de ver e estar na vida (Nakken, 1996).

Os problemas ligados ao álcool, nomeadamente o abuso e dependência, para além da componente fisiológica, têm uma componente psicológica e social que também contribui com sinais e sintomas para a identificação da problemática. Estes sinais e sintomas observam-se nas interacções relacionais, isto é, na forma como a pessoa com consumos excessivos e os seus pares vivem e vêem a doença. É nesta área que se abre um espaço de trabalho clínico que o enfermeiro pode desempenhar com qualidade, sendo actualmente reconhecida a sua competência legal e funcional para o levar a efeito.

Fazendo um resumo, o alcoolismo sendo multifacetado, envolve no sucesso terapêutico a alteração de comportamentos, que estão relacionados com a forma como o indivíduo vive o seu processo de saúde e doença, logo encontramos aqui matéria comum e central entre o doente e o enfermeiro. Lembro que o grande foco de atenção da enfermagem é a forma como o doente vive os processos de doença. Esta inclinação terapêutica do enfermeiro para este tipo de intervenção não determina a exclusividade da enfermagem

no tratamento. Dada a complexidade da patologia, a intervenção multidisciplinar parece ser a que dá melhor resposta. Contudo na minha perspectiva, o técnico melhor apetrechado para ter uma visão do todo é o enfermeiro. O alcoólico na história natural da doença apresenta psicopatologia, mas ao mesmo tempo também patologia orgânica e estas interferem na forma como a pessoa as vive, o enfermeiro surge com conhecimentos em ambas as áreas, permitindo um enquadramento de todas as vivências do indivíduo, tornando-se um facilitador da mudança.

2.2 – Relação de ajuda/ Entrevista de enfermagem

O trabalho do enfermeiro como já foi referido, é de natureza complexa, pois envolve numerosas intervenções técnicas e organizacionais com os seus clientes, e para as executar com sucesso tem que criar uma relação de confiança que permita estabelecer uma parceria, uma convivência terapêutica. Sem esta aliança, a qualidade e a eficácia não podem ser asseguradas (Pfaneuf 2005). É pois, pela natureza do desempenho profissional do enfermeiro que a comunicação, e não podemos esquecer que é impossível não comunicar (Watzlawick, 1993), e em particular a relação terapêutica, assumem um papel base na prática de enfermagem, configurando-se a relação de ajuda, o espaço e o momento onde tudo isto pode acontecer. Esta ferramenta assume maior destaque na área específica da saúde mental e psiquiátrica, onde as competências instrumentais aparecem em segundo plano por força das prioridades de ajuda. O sucesso das intervenções terapêuticas do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, não está, na maioria das vezes, dependente só do seu desempenho, mas do seu desempenho aliado à resposta dada pelo utente. Para ilustrar, imagine-se que uma pessoa tem uma ferida que precisa de tratamento. A pessoa pode assumir uma postura passiva, sendo que a forma como o enfermeiro faz o penso será determinante para o processo de cicatrização, ou para o seu agravamento e desenvolvimento de um processo infeccioso. Neste caso, o papel mínimo do doente é não ter comportamentos de oposição. Imagine-se agora um quadro frequente na enfermagem psiquiátrica, uma situação de tristeza extrema, que assume contornos patológicos, a intervenção do enfermeiro é importante, mas em interacção directa com o doente. O enfermeiro pode e deve actuar no sentido de criar no seu cliente a necessidade de agir, de se tornar pró-activo na sua recuperação, mas o sucesso terapêutico só será atingido se o doente passar à acção. Em resumo, todo o projecto de saúde deve ser realizado em parceria, e neste cenário a relação de ajuda é fundamental. Como vimos no

capítulo anterior, a resolução dos problemas relacionados com o álcool, à luz dos conhecimentos actuais, tem maior sucesso clínico com a abordagem psicoterapêutica (Kinney, 2003).

A relação de ajuda é a ferramenta psicoterapêutica do enfermeiro por excelência, porque assume uma grande flexibilidade e dinamismo.

Segundo Phaneuf (2005: 250) *“a entrevista em cuidados de enfermagem é uma permuta entre a enfermeira e a pessoa de quem ela cuida ou a sua família e para a qual elabora objectivos particulares relativos à colheita de informações, à transmissão de conselhos ou de explicações e ao suporte psicológico e à resolução de certos problemas”*.

A entrevista de enfermagem sendo uma componente do processo de relação de ajuda assume diferentes designações conforme o objectivo a que o enfermeiro se propõe; temos a entrevista de colheita de dados, de informação e de ensino, mas também a entrevista de ajuda que envolve suporte psicológico, modificação de comportamentos, resolução de problemas ou situações de crise (Phaneuf, 2005). Por vezes e devido à visão holística do enfermeiro numa entrevista acontece um pouco de tudo.

A relação de ajuda reveste-se de particularidades conforme o objectivo principal da intervenção, mas existem pressupostos que estão sempre presentes.

A entrevista deve ser sempre feita de respeito e compreensão, não se centrando no problema da pessoa, mas na própria pessoa, com as suas emoções, as suas inquietações, os seus medos, criando um clima que favorecerá uma evolução, isto é, uma melhor adaptação do doente, uma motivação para que sinta confiança em si, e sinta necessidade de agir, promovendo a mudança de comportamentos que lhe causam sofrimento. O enfermeiro que intervém na entrevista, e considerando os comportamentos aditivos, deverá adaptar certas atitudes que beneficiem a intervenção, referindo Phaneuf (2005: 306) alguns:

- Manter o clima de confiança
- Colocar-se à escuta do outro
- Construir uma representação clara dos comportamentos, dos hábitos e das emoções que fazem sofrer a pessoa
- Utilizar estratégia diversa que permita evidenciar certos comportamentos e contradições

- Ajudar a pessoa a bem delimitar os comportamentos a mudar e os problemas que ocasionam
- Ajudar a pessoa a verbalizar os seus estados de espírito
- Ajudar a pessoa a fixar objectivos
- Valorizar sempre o esforço da pessoa.

Esta visão da intervenção do enfermeiro com o doente encontra reforço nos princípios da entrevista motivacional desenvolvida por Rollnick e Miller (2001) em que o clínico deve não só orientar, mas motivar o utente, tendo em vista aumentar a probabilidade de que este siga uma linha de acção que gere mudança.

Se seguirmos os princípios e técnicas da entrevista motivacional, o terapeuta centra a sua abordagem no utente e deixa-o conduzir o processo, evitando a confrontação. Avalia assim melhor em que fase o mesmo se encontra no processo de mudança e ao mesmo tempo ajusta a intervenção às suas necessidades e interesses, em vez de oferecer ajuda, informação e conselhos de uma forma rotineira.

Existem sete princípios fundamentais na entrevista motivacional (Rollnick e Miller, 2001):

- **Expressar empatia** (Expressar empatia significa transmitir respeito e interesse pelo utente. Escutar no sentido de perceber a perspectiva do utente, sem juízos de valor ou críticas. Empatia e compreensão geram confiança, facilitando a mudança do comportamento.)
- **Identificar as discrepâncias** (Ampliar as diferenças entre o comportamento presente e as metas de forma que a mudança se torne importante.)
- **Gerir a resistência à mudança** (Envolver o utente no processo de resolução do problema.)
- **Evitar confrontos directos** (Abordar directamente o comportamento pode provocar aumento de resistência. Não impor perspectivas. Os utentes são livres para decidir sobre o que o enfermeiro lhes oferece e as opiniões oferecidas podem ou não ser aproveitadas. O aparecimento de resistência é um indicador de reflexão para a mudança de estratégia.)
- **Promover a confiança e a capacidade do utente** (Uma das estratégias mais importantes é reforçar a confiança do utente e acreditar que ele é capaz de mudar.)

- **Formular perguntas abertas** (É a técnica mais importante para uma boa entrevista. Uma pergunta aberta, colocada de forma genuína, sugere que o profissional está aberto a qualquer resposta. Fazer perguntas abertas leva o utente a falar, a dar informações importantes sobre o que pensa.)
- **Reflectir e sintetizar** (Reflectir consiste em explorar, em voz alta, o que está a ser comunicado e sintetizar consiste em reforçar os aspectos mais relevantes já analisados e liga-los entre si no sentido da mudança.)

2.3 – Modelo transteórico de prontidão para a mudança de comportamentos

No quadro complexo da dependência do álcool a pro-actividade do indivíduo é determinante, o que implica uma motivação para a mudança. Segundo Heather (1992) os transtornos dependentes são, essencialmente, problemas motivacionais. Afirma que a motivação é a força propulsora que move os indivíduos a um objectivo específico.

Avaliar a motivação para a mudança, independentemente do tratamento utilizado, parece ser um aspecto importante para a utilização de intervenções adequadas nos doentes, e as investigações realizadas apontam para a necessidade de se perceber o estágio de prontidão para a mudança do doente e posteriormente adequar as intervenções terapêuticas a ele (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

Uma das contribuições mais importantes nesta área tem sido representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (Transtheoretical Model of Change) desenvolvido por James O. Prochaska e colaboradores nos anos 70, em que pontua determinadas etapas de motivação pelas quais a pessoa passa ao longo do processo de mudança.

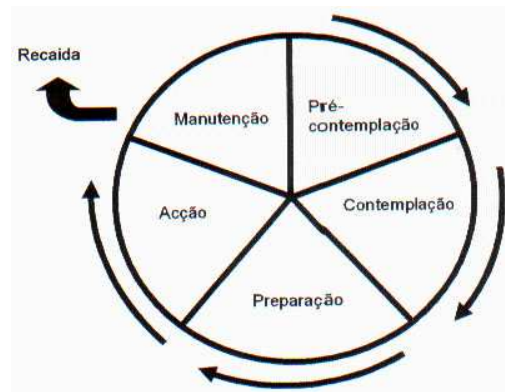
O Modelo Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Prochaska & Velicer, 1997) é um modelo integrado de mudança de comportamento, uma vez que integra diferentes teorias (cognitivo-comportamental, existencial/ humanista, psicanálise e gestalt/experiencial entre outras). É um modelo de mudança intencional, cujo foco é a decisão pessoal do indivíduo e descreve a forma como as pessoas modificam um comportamento problemático ou adoptam um comportamento saudável. Este modelo está fundamentado na premissa de que a mudança comportamental acontece ao longo de um processo no qual as pessoas passam por diversos

níveis de motivação para a mudança, assim o seu principal pressuposto é que as auto-mudanças bem sucedidas dependem da aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estádios) (Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992). A concepção central do modelo tem por base os estádios de mudança de comportamento, sendo que em cada estágio a pessoa apresenta um nível de motivação diferente.

Os estádios definidos pelos autores após longo trabalho de investigação são:

- Pré-contemplação: a pessoa não considera ter um comportamento problemático, pelo que não encontra motivos para ter que o modificar, a negação é uma das principais características dos pré-contempladores;
- Contemplação: a pessoa começa a ter dúvidas sobre o seu comportamento, no entanto ainda não considera ter capacidade para o modificar, a ambivalência é a principal característica do contemplativo;
- Preparação: é quando a pessoa decide modificar o comportamento, necessitando de se sentir com capacidade de controlar o novo comportamento (pode por exemplo estabelecer uma data para iniciar o novo comportamento), a um estágio marcado pelo planeamento. O indivíduo tem uma melhor consciencialização do problema e constrói um plano cuidadoso de acções orientadas para a mudança;
- Acção: a pessoa modifica o comportamento;
- Manutenção: a pessoa mantém a mudança de comportamento ao longo do tempo, e consolida-a.
- Recaída: a pessoa volta a adoptar o comportamento problemático.

Figura 4 – Roda dos estádios de mudança



(Fonte: Ferreira-Borges; Filho 2004, 2007)

O Modelo Transteórico “...descreve a mudança de comportamentos como dinâmica...”(Ogden, 1999:35), pelo que a mudança de estádios pode não ocorrer de forma linear, as estratégias de intervenção dos técnicos de saúde junto da pessoa irão depender do estágio de mudança em que esta se encontra (Ferreira-Borges e Filho, 2007).

Assim, quando a pessoa se encontra no estágio de pré-contemplação, deve ser-lhe fornecida informação de forma a personalizar os riscos e vantagens da mudança de comportamento, incrementando a sua auto-eficácia; no estágio de contemplação é importante ajudar a pessoa a encontrar estratégias para modificar o comportamento, oferecendo todo o apoio e disponibilidade possível; no estágio de acção ajuda-se a pessoa a antecipar possíveis problemas decorrentes da mudança de comportamento (por exemplo ansiedade) e a encontrar estratégias para os ultrapassar, promovendo também com isso a sua auto-eficácia. Por último, no estágio de manutenção deve-se continuar a trabalhar com a pessoa a prevenção da recaída, através da identificação de situações de risco e de estratégias para as enfrentar (Ferreira-Borges e Filho, 2007).

2.4 – Terapia da realidade

Há luz do desenvolvimento científico actual não existe conhecimento suficiente sobre os mecanismos fisiológicos da adição, nem existe uma terapia farmacológica eficaz, pelo que a tomada de consciência e a acção voluntária do doente para a mudança de comportamentos é o caminho mais utilizado para se chegar à recuperação do adicto.

A Terapia da realidade é uma forma de olhar o problema e de ajudar o doente a fazer esse caminho, sendo compatível com a intervenção de enfermagem.

A Terapia da Realidade, desenvolvida por William Glasser (1990) no início dos anos 60, defende que os comportamentos dos indivíduos têm como objectivo a satisfação das suas necessidades básicas, e que a severidade da sintomatologia patológica traduz o nível de incapacidade que cada indivíduo tem em satisfazer essas necessidades.

A Terapia da Realidade considera dois grupos de necessidades, as fisiológicas como a alimentação e o conforto, e as de cariz psicológico, e é nestas que a terapia da realidade tem a sua grande intervenção. Destas últimas Glasser define duas necessidades psicológicas básicas: a necessidade de amar e ser amado, e a necessidade de nos sentirmos úteis para nós próprios e para os outros. A incapacidade de preencher de forma satisfatória

estas necessidades, a incapacidade de lidar com um sentimento de vazio, pela não realização interior, leva os indivíduos a desenvolver mecanismos em que negam a realidade do peri-mundo em que vivem. É este o espaço de intervenção dos técnicos de saúde, ensinando os indivíduos a encontrar as estratégias necessárias para o preenchimento dessas necessidades básicas, actuando no aqui e agora, utilizando a formula dos 3 R's, "Reality, responsibility, and right-and-wrong". O paciente é estimulado a perceber de forma realista o mundo que o rodeia, identificando comportamentos certos e errados, numa atitude de responsabilização das escolhas feitas por si para a satisfação das suas necessidades.

A perspectiva de intervenção técnica é ajudar os indivíduos a ajudarem-se.

2.5 – Intervenções breves

Devido à elevada prevalência de problemas ligados ao álcool, assim como à existência de dificuldades no reconhecimento e diferenciamento dessas situações, sentiu-se a necessidade de encontrar mecanismos que possibilitassem uma melhor identificação dos casos (Ferreira-Borges e Filho, 2004).

Assim, em 1989 a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o objectivo de prevenir os problemas relacionados com o consumo de álcool, desenvolveu um instrumento de triagem "Alcohol Use Disorders Identification Test" (AUDIT) e propôs estratégias de intervenção para o consumo de álcool de acordo com os diferentes níveis de risco detetados com o auxílio do AUDIT. (Babor, 2001b)

Essas intervenções foram denominadas como Intervenções Breves, e podem ser definidas como "*...práticas cujo objectivo é identificar um problema de álcool real ou potencial e motivar o indivíduo a que faça algo a esse respeito.*" (Babor, 2001 a: 6)

De acordo com Ferreira-Borges e Filho (2004), as Intervenções Breves têm como objectivos:

- Identificar e ajudar pessoas que consomem álcool, que podem ou não vir a desenvolver dependência mas cujos riscos associados a esses consumos podem ser diminuídos ou eliminados;

- Identificar e encaminhar pessoas com dependência de álcool, por vezes ainda numa fase inicial, prevenindo a progressão da doença.

Os profissionais dos Cuidados de Saúde Primários encontram-se em situação privilegiada para implementarem as Intervenções Breves de uma forma sistematizada, de forma a despistar e intervir precocemente junto das pessoas em situação de risco ou já com dependência alcoólica, sendo essa a forma de actuação preconizada pela Organização Mundial de Saúde (Babor, 2001a).

As intervenções breves são mais eficazes no âmbito dos cuidados de saúde primários, e em especial em contexto de abuso, embora também sejam úteis na dependência, permitindo uma melhoria de resultados da intervenção especializada. A eficácia das intervenções breves foi ao longo do tempo investigada e comprovada, conforme confirma a OMS (Bien, Miller, Tonigan, 1993; Kahan, Wilson, Becker, 1995; Wilk, Jensen, Havighurst, 1997; Moyer et al. 2002).

A abordagem dos técnicos de saúde deverá ser semelhante ao já praticado quando falamos de diabéticos e de hipertensos. É necessário uma triagem, perceber quem tem consumos e com que níveis de risco, e depois partindo do rastreio estruturar uma intervenção adequada.

A OMS propôs como instrumento de rastreio o AUDIT, por ser fácil de aplicar, não necessitar de muito tempo para a sua aplicação, e estar desde o seu início ligado ao contexto das intervenções breves, ajudando os técnicos a escolher uma abordagem que tenha maior probabilidade de ser eficaz (Babor, 2001 b).

As intervenções que se pretendem breves devem incidir sobre a educação para o uso de álcool, os aconselhamentos na resolução dos problemas, o acompanhamento regular dos casos identificados, tudo isto numa base motivacional. É importante perceber o estado motivacional do indivíduo para o estimular, tendo sempre em vista gerar no outro a necessidade de alterar comportamentos e atitudes de forma a desenvolver actividades de vida saudáveis, e eliminar ou diminuir os riscos relacionados com os consumos de álcool.

Quadro 1 – Níveis de risco e respectivas intervenções

Nível de risco	Tipo de intervenção	Pontuação no AUDIT
Zona I	Educação para o uso de álcool	0-7
Zona II	Aconselhamento simples	8-15
Zona III	Aconselhamento simples mais psicoterapia breve e monitorização contínua	16-19
Zona IV	Encaminhamento para especialista para avaliação diagnóstico e tratamento	20-40

(Fonte: Babor, 2001 b)

No quadro 1 apresentam-se os tipos de intervenções breves de acordo com a pontuação no teste AUDIT (Babor, 2001 b). Sendo que o nível de risco da zona I corresponde à abstinência ou uso com baixo risco, a zona II corresponde ao uso para além das normas ou indevido, a zona III refere-se ao uso com problemas ou abuso, e a zona IV refere-se à síndrome de dependência alcoólica.

As intervenções breves em conjunto com o AUDIT dão-nos orientações de intervenção, mas no caso do consumo nocivo, devemos explorar melhor o contexto socorrendo-nos dos meios ao nosso alcance, e que são por exemplo uma anamnese mais detalhada, e o controlo analítico, isto para podermos definir com segurança quais os critérios que o utente preenche, se de abuso se de dependência.

2.6 – Audit

O Audit (Alcohol Use Disorders Identification test) (ver anexo 3) é um instrumento/questionário elaborado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) por Thomas Babor et al. em 1989. É composto por dez questões, e tem por objectivo identificar o consumo abusivo, permitindo também a detecção de possíveis dependências de álcool. As questões incidem nos últimos doze meses de vida dos inquiridos, sendo que as três primeiras medem a quantidade e frequência do consumo de bebidas alcoólicas, as três questões seguintes investigam sintomas de dependência, e as quatro questões finais são a respeito do impacto do consumo de álcool na vida do inquirido, abordando problemas recentes directamente ligados ao consumo (Babor, 2001 b).

A pontuação do teste vai de 0 a 40, e os autores (Babor, 2001 b) propõem uma grelha de leitura de resultados, referindo que para somatórios iguais ou superiores a oito existe suspeita de existir algum problema ligado ao álcool.

Os autores relacionam as pontuações do teste com os níveis de acção técnica utilizando intervenções breves.

Assim, por níveis de risco, temos:

- Abstémios pontuação 0
- Consumo de baixo risco pontuação 1 a 7
- Consumo de risco pontuação 8 a 15
- Uso nocivo ou consumo de alto risco pontuação 16 a 19
- Provável dependência pontuação \geq a 20

Mas para melhor se compreender os resultados do teste, deve-se fazer uma leitura por grupos de perguntas, sabendo que a do segundo grupo de três perguntas quando muito pontuado nos dá indicação de dependência.

Do AUDIT podemos, em resumo, dizer que serve para o rastreio de casos de pessoas com problemas ligados ao álcool, sendo um método simples, em que é necessário pouco tempo para a sua execução, e permite identificar pessoas com consumos de risco, uso nocivo e dependência alcoólica. A relação custos/ resultados é positiva (Wilk, Jensen, Havighurst, 1997).

Embora quando construído tenha sido pensada a sua aplicação em contexto de cuidados de saúde primários, não invalida a aplicação em qualquer contexto de saúde.

A OMS na sua divulgação relembra que devem ser consideradas as especificidades de cada país a quando da utilização do questionário, pelo que o AUDIT já foi validado para a realidade portuguesa (Neto e Silva, 2002).

3 – ESTRUTURA DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

A intervenção de enfermagem em indivíduos com síndrome de dependência alcoólica estava enquadrada, como já foi referido, numa estrutura funcional multidisciplinar, onde por vezes a intervenção médica tinha uma importância preponderante, refiro-me particularmente ao período de desintoxicação onde os processos fisiológicos necessitavam de intervenção farmacológica para reequilíbrio do organismo.

O modelo de intervenção foi constituído pelas etapas do próprio processo terapêutico, ou seja, avaliação, tratamento e acompanhamento, tendo sempre presente os aspectos motivacionais antes do tratamento, a prevenção da recaída e a manutenção a longo prazo. Para melhor se perceber o trabalho realizado apresenta-se um algoritmo da intervenção, contudo a sequência como é apresentado não traduz uma intervenção linear, representa apenas uma orientação estrutural. Na prática as fases sobreponham-se, ou a ordem era alterada, pois o contexto e as reacções do doente iam determinando as opções clínicas e as estratégias terapêuticas.

1ª FASE: Necessidade de tratamento

Objectivos: Diagnosticar o problema; motivar o doente para o tratamento.

2ª FASE: Avaliação funcional

Objectivos: Identificar as áreas prioritárias de intervenção

3ª FASE: Tratamento

A- Desintoxicação.

Objectivos: Desintoxicação física da substância.

B – Desabituação psicológica

Objectivos: Desenvolver estratégias para alteração do comportamento.

C – Mudança de estilo de vida

Objectivos: Normalização de um novo estilo de vida.

D – Prevenção de recaídas

Objectivos: Treino de estratégias comportamentais para manutenção da abstinência.

E – Manutenção

Objectivos: Desenvolver estratégias de apoio a médio e longo prazo na manutenção da abstinência.

Tal como o alcoolismo é entendido como uma doença crónica e progressiva, também o programa se entende como progressivo, em que a meta é ajudar o alcoólico a aprender, a viver e a lidar com a sua condição crónica. Sabendo que a mudança de estilo de vida, através da aquisição de habilidades que proporcionem à pessoa uma sensação de bem-estar, de motivação perante a vida e de apoio no seu ambiente, são algumas das chaves do êxito num tratamento (Kinney, 2003).

Considerando também, o estigma social de culpabilização do doente alcoólico pela sua própria doença e a sua associação à doença mental, não se resistiu à tentação de tentar minimizar esse mesmo estigma, procurando contrariar o reducionismo, o mecanicismo, o materialismo e a normatividade dos cuidados de saúde, tendo como foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procurando prevenir a doença, promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a máxima independência na realização das actividades de vida diária, a promoção do bem-estar, tal como a pessoa o define, o acompanhamento na sua experiência de saúde, no seu ritmo e segundo o caminho que ela própria escolheu, numa perspectiva de parceria nos cuidados, numa atmosfera de respeito mutuo e criando possibilidades de desenvolvimento do potencial da pessoa.

Sendo o alcoolismo uma doença com ramificações em todas as áreas de existência do individuo, a intervenção terapêutica também tem que ser o mais abrangente possível, condição fundamental para o equilíbrio biopsicossocial do individuo, para que possa decidir que caminho seguir para concretizar a sua recuperação.

A intervenção realizada foi influenciada na sua essência teórica por uma perspectiva humanista e ecológica do ser humano. As estratégias terapêuticas seguiram a linha de raciocínio do modelo Minnesota (Spicer, 1993) e da terapia da realidade através dos seguintes pressupostos básicos:

O alcoolismo é uma doença;

o doente não é culpado;

o alcoolismo é uma doença multifacetada;

o alcoolismo é uma doença crónica e primária;

o alcoolismo é também uma doença da sociedade.

A intervenção de enfermagem foi desenvolvida através de uma abordagem sistémica e colaborativa.

3.1 – Procedimentos terapêuticos

A essência da ajuda terapêutica residiu no apoio ao doente através de uma relação, a qual foi:

- De empatia/confrontação: Tendo-se em conta as reais probabilidades de mudança do indivíduo, da sua família, do seu ambiente social e laboral;
- Não directiva nem possessiva: Tendo em conta que o doente alcoólico é um doente culpabilizado por todos;
- De segurança/naturalidade: Foi usado uma abordagem/colocação de questões que evitassem que o doente se sentisse cair numa armadilha, assumindo atitudes de defesa;
- De valorização/esperança: reforçando as partes positivas em relação ao passado do doente, desculpabilizando-o, mas ajudando-o a assumir-se como doente

As entrevistas realizadas pretenderam criar um espaço privilegiado para promover mudanças de comportamento e de posicionamentos no grupo familiar, através da utilização de estratégias prescritivas, de desenvolvimento da auto-disciplina, confiança, auto-confiança, consciência pessoal e autonomia. As entrevistas tiveram uma duração de 30 a 90 minutos.

Entrevista fase 1	Reforçar a informação sobre os problemas ligados ao álcool. Efectuar a vinculação terapêutica. Identificar e trabalhar as reacções emocionais típicas. Controlo do Stress Tomada de decisão e resolução de problemas
Entrevista fase 2	Desenvolvimento de mecanismos adaptativos para a vida sem álcool. Reforço da auto-estima, confiança. Abordar a queixa e a motivação. Identificação de aspectos positivos da abstinência.

3.1.1 – Primeira entrevista

Os doentes para a primeira entrevista foram encaminhados da consulta médica, onde foi feita uma primeira triagem. Esta triagem médica tinha em consideração a idade do doente e o seu padrão de consumos. Os doentes que aceitaram a proposta de consulta de enfermagem, após consulta médica, aguardavam na sala de espera. O médico normalmente deslocava-se ao gabinete onde se processava a consulta de enfermagem (gabinete em frente), expondo o caso, relatando o que lhe parecia essencial e entregando o processo clínico do doente.

O utente era chamado, procurando-se saber se vinha acompanhado. Nesta intervenção privilegiamos as entrevistas em que esteja o doente e o acompanhante, desde que seja uma pessoa emocionalmente significativa para o doente, e se concordarem com o procedimento. Na maioria dos casos o acompanhante é a esposa ou um dos pais (mais vezes a mãe).

Iniciava-se a entrevista com a confirmação dos dados biográficos, e o doente era convidado a expressar as razões pelas quais procurou ajuda. Procurava-se perceber qual o seu nível motivacional, para tal utilizava-se como referência “O nível de prontidão para a mudança” segundo Prochaska e Diclemente (1983). Se o utente negava o problema, desvalorizava o seu impacto ou justificava a sua vinda como forma de reduzir a pressão de terceiros sobre ele, era-lhe fornecido folheto sobre alcoolismo (ver anexo 1), era dada informação sumarizada do impacto do consumo excessivo de álcool na vida das pessoas nas vertentes doença crónica, progressiva e mortal, e explicado como poderia recorrer aos serviços de saúde para pedir ajuda. Era reforçada a disponibilidade da unidade para acolher quando (e utilizava-se a palavra quando em vez de se) solicitasse ajuda.

Quando os utentes referiam na entrevista inicial que não tinham um problema de alcoolismo, embora reconhecessem existir alguns problemas de saúde ou sociais relacionados com os consumos de bebidas alcoólicas, e apresentassem alguma ambivalência sobre se os consumos eram ou não um pronuncio de doença, era-lhes entregue folheto (anexo1), aplicado o questionário Audit (anexo 3), e a partir dos resultados era feita a introdução à doença alcoolismo. O primeiro objectivo de intervenção era consequência do resultado do questionário, e poderia ser a redução dos consumos se a avaliação apontasse para abuso ou a abstinência total se a avaliação fosse dependência. O doente e acompanhante levavam como trabalho terapêutico a leitura do folheto, e o desafio reflexivo sobre o

que desejava que acontecesse em relação à sua problemática de saúde. Programava-se a próxima entrevista (normalmente 15 dias depois), onde o doente traria uma decisão sobre se queria ou não modificar os seus comportamentos relacionados com o consumo de bebidas.

Num 3º cenário, o cliente apresentava-se na entrevista reconhecendo ter um problema com o consumo de bebidas alcoólicas e manifestando a sua incapacidade para o resolver. Neste cenário era-lhe entregue folheto, aplicado questionário Audit e explicadas as regras de funcionamento do programa, sendo também definido o papel do acompanhante como co-terapeuta na perspectiva de suporte emocional e elemento de acesso rápido em situação de crise. Os 2 elementos, após explicação, davam o seu consentimento informado.

Nesta 1ª entrevista era feita também uma primeira abordagem ao conceito de síndrome de dependência alcoólica nas vertentes crónica, primária, progressiva e fatal. O doente e acompanhante levavam como trabalho terapêutico a leitura do folheto, devendo trazer na entrevista seguinte as dúvidas que lhes surgissem durante a leitura. Era proposto que não bebesse até à próxima consulta e, se bebesse era solicitado que registasse em que circunstância isso aconteceu, definindo o local, o estado de espírito e os acontecimentos precipitantes.

O acompanhante na entrevista, para além de suporte emocional, também recebia informação sobre a doença, orientações sobre comportamentos a adoptar face às manifestações da doença, sendo também um elemento activo no processo de comprometimento terapêutico.

Em todos os cenários era sempre pontuada a responsabilização, quer nas consequências dos comportamentos nocivos, quer na recuperação. Era estimulado o empowerment, o poder na perspectiva motivacional, em que o doente tem a capacidade para promover o seu próprio bem-estar, numa visão realista, onde se destacavam as dificuldades do percurso, a disponibilidade dos técnicos para acompanhamento, passando a ideia que embora pudessem surgir dificuldades e retrocessos era um percurso que era possível ser feito.

3.1.2 – Entrevistas seguintes

As consultas seguintes dependiam da aceitação por parte do utente do programa de intervenção, e reconhecimento da necessidade de ajuda para ultrapassar o problema de saúde devido ao consumo de bebidas alcoólicas.

No caso de doentes motivados para a mudança, nas entrevistas seguintes, faziam-se ensinios sobre a síndrome, estabeleciam-se objectivos por etapas, não beber, alterar as suas rotinas diárias que envolviam o consumo de bebidas e substituí-las por actividades emocionalmente satisfatórias e de impacto positivo na sua saúde.

Ao longo das entrevistas iam sendo pontuados os riscos de recaída, identificados comportamentos e sentimentos potencialmente geradores de consumos e elaboradas estratégias adaptadas de protecção.

A relação estabelecida foi sempre de confiança, com honestidade profissional como alavanca, e um depósito de responsabilização motivadora. Todos os feitos e transformações conseguidas ao longo do percurso terapêutico foram atribuídos ao doente.

4 – OS CLIENTES

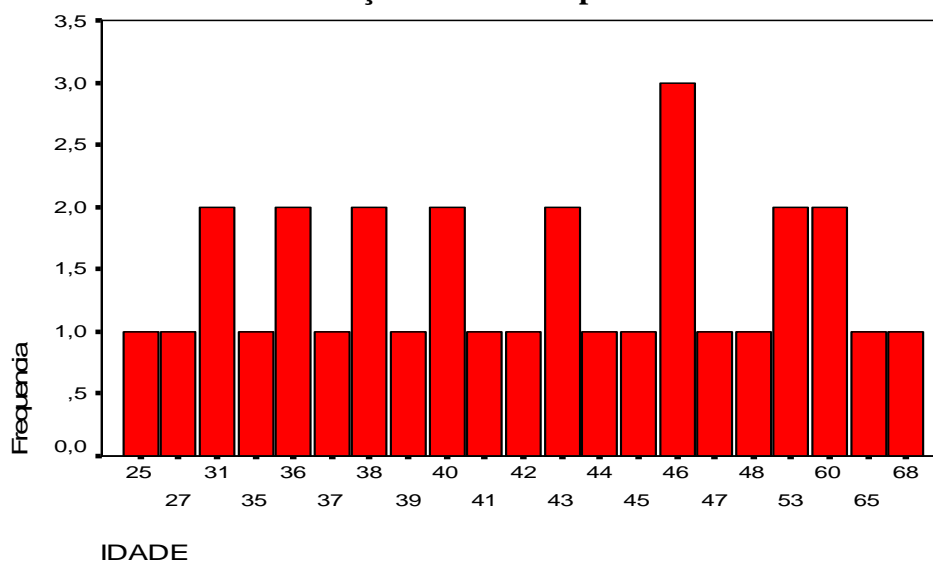
O programa de intervenção alcoológica sendo desenvolvido no seio do Departamento de Psiquiatria do Hospital de Évora tinha que dar resposta aos clientes da sua área de influência, assim, todas as pessoas do distrito de Évora poderiam solicitar o nosso apoio, desde que apresentassem problemas relacionados com a dependência ou consumo abusivo de álcool e diagnosticados de acordo com os critérios de avaliação médica, após observação pelo psiquiatra da Unidade, e que satisfizessem as seguintes condições:

- Não apresentassem comorbilidade elevada activa, nomeadamente distúrbios psicóticos e da personalidade;
- Aceitassem participar no programa.

O relatório reporta à intervenção realizada a 30 indivíduos admitidos na consulta de enfermagem durante o ano de 2008, e que em alguns casos se prolongou até 2009, tendo em conta que o acompanhamento previsto ia até ao limite de dois anos.

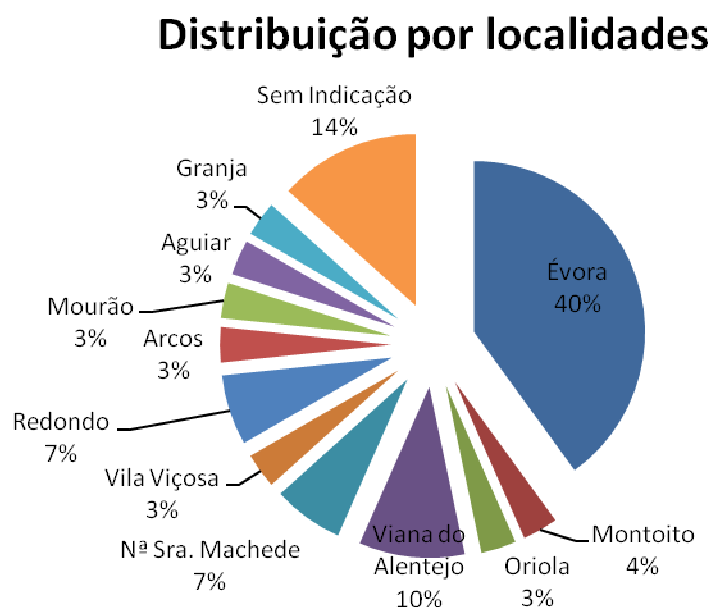
A grande maioria dos clientes era do sexo masculino (25 indivíduos) representado 3/4 do total dos indivíduos acompanhados, os clientes do sexo feminino (5 indivíduos) representava 1/4, embora os dados mais recentes indiquem um progressivo aumento dos consumos por parte das mulheres (Ferreira-Borges e Filho 2007) esta não se traduz numa procura de ajuda devido em parte a factores culturais e sociais (Ferreira-Borges e Filho 2007, Kinney 2003). A idade média dos indivíduos foi de 43,43 anos, tendo o mais novo 25 anos e o mais velho 68 anos (figura 5).

Figura 5
Distribuição dos clientes por idade



As pessoas que recorreram ao programa eram de várias localidades do distrito, não se observando um padrão indicativo de áreas geográficas com maior predominância de problemas relacionados com o álcool. As percentagens parecem mais relacionadas com a densidade populacional (figura 6).

Figura 6



A actividade profissional foi declarada e registada em 21 dos casos (quadro 2). Pela análise do quadro 2, verifica-se que a maioria tem profissões onde a exigência académica é baixa. Nas actividades mais vezes referidas (pedreiro e desempregado) existe uma cultura de consumos de álcool, no caso do pedreiro muito associado a falsos conceitos em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, e no caso dos desempregados a mecanismos de coping pouco eficazes.

Quadro 2 – Distribuição dos clientes por actividade profissional

Actividade profissional	Numero absoluto
Técnico administrativo	2
Canalizador	1
Desempregado	6
Empregado de mesa	1
Empresário	1
Escultor	1
Pedreiro	4
Reformado	2
Trabalhador agrícola	2
Tratorista	1

Dos 30 indivíduos recebidos na consulta 13 vieram acompanhados por familiares (8 por esposas, 3 por mães, 1 por filha e 1 por irmã). O papel do acompanhante parece ter contribuído para o prolongamento do acompanhamento clínico, pois dos utentes que só compareceram à primeira consulta, 11 deles vieram sozinhos. Dos utentes que fizeram duas ou mais consultas, 8 vieram acompanhados.

Quadro 3 – Relação entre número de consultas e a presença de acompanhante na consulta

Número de consulta	Utentes	
	Com acompanhante	Sozinho
1 consulta	5	11
2 consultas	3	4
3 ou mais consultas	5	2

O Audit (Alcohol Use Disorders Identification test) foi aplicado a 19 dos 30 indivíduos recebidos na consulta. O valor mais baixo pontuado foi de 11 e o mais elevado de 35 num máximo de 40 pontos possíveis.

O valor médio do Audit foi de 23,16 estando a moda entre os valores 21 e 23.

Através dos resultados obtidos da aplicação do Audit identificaram-se 3 bebedores nocivos, um bebedor de risco, os restantes apresentava síndrome de dependência alcoólica. A minha experiência contudo diz-me que na maioria dos casos as respostas dadas minimizam os consumos, falseando os dados por defeito, esta minha constatação encontra eco na literatura científica (Chick, 2007). No caso do utente F23 (anexo 4), que apresentou uma pontuação de 11 no Audit (o valor mais baixo registado) afirmava não beber muito, só procurou ajuda porque teve azar de ser apanhado a conduzir com excesso de álcool, e a procura de ajuda ficava bem perante o tribunal. Na segunda consulta faltou e não deu justificação. Três meses depois a mãe do utente procura-me para solicitar conselhos e lamentar-se com o agravamento do estado de saúde do filho, pois este continuava a consumir e a viver as consequências do excesso.

As pessoas que recorreram à consulta tinham efectivos problemas por consumos excessivos de bebidas alcoólicas, e não reuniam em si as condições necessárias para serem auto-suficientes na sua recuperação de saúde. Contudo, nem sempre reconheciam esta dificuldade, e as razões para recorrerem ao serviço de saúde por vezes eram impulsionadas por outras necessidades. Dos dados disponíveis, 19 indivíduos declararam a razão pela qual procuravam ajuda. Desses, 3 justificaram a necessidade de ajuda por terem um

problema relacionado com o consumo excessivo. Todos os outros invocaram razões externas a si para irem à consulta. Destacam-se as “pressões familiares” (4 casos), as “sugestões do seu médico” (3 casos) e os “processos em tribunal relacionados com o consumo” (2 por violência doméstica, 1 por condução com álcool) como as mais frequentes razões para procurarem ajuda (quadro 4).

Quadro 4 – Razões para procurarem ajuda

Razões referidas pelos clientes	Número absoluto
Pressões familiares	4
Problema de saúde física	1
Problemas económicos	2
Processo em tribunal	3
Reconhece o problema	3
Risco de perder o emprego	2
Querer ser uma pessoa igual às outras	2
Sugestão médica	3

As razões da procura de ajuda têm grande relevância para o início do processo terapêutico e para a prossecução de um tratamento eficaz, pois segundo Yeh et al. (2008) o estado percebido de perda de controlo pelos doentes é o rasilho do despertar interno que virá a sustentar a abstinência alcoólica, e a sobriedade.

Este despertar interno é o arranque do processo de “empowerment” que levará o doente à mudança sustentada.

4.1 – Os diagnósticos

Ao longo do período em que decorreu a intervenção terapêutica relatada, deparei-me com uma diversidade de situações e pessoas, contudo, existiu um conjunto de problemas que eram transversais à maioria. Em cada consulta recolhiam-se novos dados com os quais se reavaliavam os problemas identificados, se produziam novos diagnósticos ou se gerava novas estratégias.

O conjunto dos problemas identificados não foram trabalhados individualmente, a sua abordagem era global, isto é, o grupo de problemas identificados constituíam na prática um único problema do indivíduo com várias nuances e polaridades. Assim, indivíduos com os mesmos diagnósticos identificados necessitavam de respostas terapêuticas dife-

rentes, porque cada conjunto de problemas configurava-se numa resposta personalizada a cada indivíduo em que as intervenções dependiam dos contextos de vida da pessoa.

Neste ponto socorrendo-me da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1 (Ordem dos enfermeiros, 2005) apresento os diagnósticos mais frequentemente trabalhados.

Diagnóstico: Elevado uso de álcool.

Este diagnóstico independentemente da história do indivíduo observou-se em todos os clientes. Os níveis de consumo eram variados mas sempre acima das quantidades recomendadas pela Organização Mundial de Saúde. Para calcular os gramas de álcool consumidos, adoptou-se uma forma rápida de cálculo em que cada unidade de bebida equivalia a 10 gramas de etanol, entendendo-se por unidade de bebida, a porção servida em dose individual e standartizada para o tipo de bebida. Nas situações onde era necessário maior precisão recorria à fórmula [gramas álcool = (bebida em ml) x (graduação da bebida) x 0,79]. Como exemplo temos o utente (F30) (anexo 5) que referia consumos de mais de 30 cervejas médias por dia o que no cálculo rápido daria 300 gramas de etanol (30 unidades x 10 gramas) aplicada a equação temos um consumo de 351,9 gramas. Valores muito acima do recomendado que é de 24 gramas/ dia. Noutro caso (F17) (anexo 6), o utente referia consumo de vinho tinto de 2,5 litros/ dia, neste caso foi mais difícil calcular pelas unidades, pelo que se optou pelo cálculo segundo a formula e deu um valor de 256,7 gramas/ dia de etanol.

Diagnóstico: Conhecimento sobre uso de álcool diminuído

Este era um problema que resultava de crenças culturais, e da pouca formação académica. Como exemplo temos um utente (F17) que não tinha qualquer noção das consequências da ingestão excessiva de álcool a longo prazo. Identificava as consequências da intoxicação aguda sem valorizar muito. Passava longos períodos no café a beber porque era este o comportamento dos homens da sua terra, reforçando este comportamento com a convicção que os homens que não bebem são “maricas”.

Diagnóstico: Culpa elevada

Segundo a CIPE (Ordem dos enfermeiros, 2005:85) culpa é *“Emoção com as características específicas: Sentimentos de ter procedido erradamente, conflito de valores ou tensões internas quando alguém desce abaixo do conjunto de normas que traçou para si*

próprio; os sentimentos de culpa são dirigidos para o próprio, não para os outros”. Neste quadro muitos utentes transportavam um peso emocional e não sabiam como lidar com ele. No caso do Uteute F30, por exemplo, os seus comportamentos quando alcoolizado, levaram a esposa e filha a abandonarem o lar. Mas por não suportar o seu sofrimento emocional em consequência dos seus comportamentos, bebia, na tentativa de o aliviar. Comportamento este que reforçava o seu sentimento de culpa.

Diagnóstico: Processo familiar comprometido

Este era um problema recorrente, onde as transacções entre os elementos de família não eram saudáveis, sendo a qualidade da comunicação o obstáculo mais frequente. Este era um problema que surgia muitas vezes em dois tempos, um na fase da doença activa e outro na fase de recuperação do doente. Para melhor ilustrar, recordo o caso do doente (F16) que no início da intervenção apresentava uma postura passiva, sendo a companheira a tomar as iniciativas. A companheira acusava-o de passividade, de não fazer nada pela sua vida e deixar toda a responsabilidade nas suas mãos. No decorrer da intervenção o utente parou consumos e foi procedendo a mudanças na sua vida, ganhando mais iniciativa, tornando-se mais seguro e extrovertido. Posteriormente a companheira e o utente passaram a ter dificuldades relacionais com acusações de ambas as partes, por não encontrarem os seus espaços dentro do núcleo familiar.

Diagnóstico: Negação actual

Mais de metade das pessoas recebidas na consulta estavam em negação em relação aos seus comportamentos face ao álcool, e cerca de metade só foi a uma consulta, não sendo possível uma intervenção estruturada. Para ilustrar recordo o caso do utente (F23) que procurou ajuda devido a processo em tribunal por condução sob efeito de álcool. O utente minimizava os consumos, embora referisse ingerir mais de 70 gramas de etanol por dia, acrescentava que parte dos problemas eram resultantes da preocupação exagerada da mãe, e ele não tinha problemas com a bebida, tinha era algum azar.

Diagnóstico: Coping ineficaz actual

Este diagnóstico estava presente na grande maioria dos utentes acompanhados, onde o uso de álcool surgia como solução e como problema. Uma forma de enfrentarem e gerirem o stress gerado pelos acontecimentos do dia-a-dia era ingerir bebidas alcoólicas que lhes provocavam um sentimento de controlo, e de conforto psicológico momentâneo,

contudo, devido aos excessos de consumo assumiam comportamentos e tomavam decisões que lhe iam aumentar os níveis de stress. Exemplifico com o doente (F21) que relatou ter sido acusado de roubo, pelo que se envolveu numa briga e depois passou uma semana a beber.

Diagnóstico: Risco de comportamentos agressivos

Nas situações em que uma pessoa altera o seu estado de consciência, corre o risco de ter comportamentos socialmente reprováveis, e entre eles, os comportamentos violentos. No caso do consumo excessivo de bebidas alcoólicas a percentagem probabilística de ocorrerem incidentes violentos é da ordem dos 40 a 60% (Rehn 2001).

Durante o período em que decorreu a intervenção, os utentes, e muitas vezes os seus acompanhantes, iam relatando comportamentos violentos isolados. Não surgiram muitos casos como o relatado pelo doente (F2) que dizia ter crises violentas quando consumia. Independentemente da frequência, as manifestações de violência eram sempre consideradas durante a intervenção.

Diagnóstico: Violência doméstica actual

Por vezes a violência tomava uma particular direcção, a família, e nestes caso o nível emocional era maior, o que dificultava a sua gestão. Como no diagnóstico anterior, durante a consulta, a informação era minimizada, e as referências feitas descreviam o acto como pontual, ou já ultrapassado. Das 30 pessoas que procuraram ajuda no período que este relatório comporta, só duas estavam identificadas com violência domésticas e tinham processos em tribunal (F8 e F27) e uma estava impedida pelo tribunal de se aproximar da sua ex-companheira (F18).

Os diagnósticos mais frequentemente encontrados estão na sua maioria em conformidade com os identificados pela literatura da especialidade (Mello, Barria e Breda, 2001; Allen e Wilson, 2003; Pilon e Luis, 2004), contudo, existe uma diferença em relação aos problemas físicos, que foram pouco relatados como problemáticos pelos doentes, e na literatura científica têm destaque tanto pela gravidade, como pela percepção dos doentes.

4.2 – As intervenções

As intervenções desenvolvidas junto dos doentes seguiam a mesma abordagem que o diagnóstico, isto é, o planeamento e execução das intervenções de enfermagem procuravam dar resposta ao indivíduo no seu conjunto de problemas. Assim, as abordagens e as intervenções propostas tentavam dar resposta a toda a problemática envolvente, isto é, cada actividade proposta permitia trabalhar a recuperação de vários diagnósticos em simultâneo. As actividades desenvolvidas envolviam aconselhamento, ensinamentos, reflexão, auto-análise, e trabalhos terapêuticos.

No início da colheita de dados procurava saber o padrão de consumos do utente e neste processo, calculava com o doente para além das quantidades, os custos, identificavam-se acontecimentos de vida negativos associados ao consumo, e nesta acção o utente ia tomando consciência do impacto da bebida na sua vida.

A aplicação do teste AUDIT, para além dos dados que fornecia através do resultado, também permitia fazer uma abordagem às consequências do consumo de álcool, descrever a doença e os falsos conceitos associados ao consumo (por vezes utilizava o computador para apresentar slides ilustrativos do tema). Esta acção reforçava os conhecimentos do utente para uma decisão informada e, como o acompanhante também assistia, permitia a este compreender alguns dos comportamentos do utente. As dúvidas apresentadas quer pelo utente, quer pelo acompanhante eram esclarecidas no momento.

O desafiar o doente a estar 15 dias ou 1 mês sem beber qualquer tipo de bebida alcoólica (tarefa terapêutica), permitia alguns ganhos. Era feito um compromisso terapêutico testemunhado pelo acompanhante, em que o utente se comprometia a não beber e se bebesse tinha que identificar as circunstâncias da ocorrência. Na sessão seguinte se o utente tivesse bebido reforçava-se a necessidade de tratamento, combatendo-se a resistência ao tratamento. Se o utente estivesse abstinente fazia-se reforço positivo envolvendo o acompanhante. Neste procedimento tentava-se melhorar as transacções familiares, a qualidade da comunicação e o reforço da auto-estima.

Na maioria dos casos na primeira ou segunda consulta era também feita uma prescrição, que consistia na retirada das bebidas alcoólicas de casa, o deixar de utilizar bebidas na confecção dos alimentos, passar a beber cerca de 2 litros de água ou chá ao longo do dia e passar a utilizar no tempero das saladas limões em substituição do vinagre de vinho.

Esta prescrição tinha sobretudo um efeito psicológico, o acompanhante na maioria dos casos esposa ou mãe, tinha a responsabilidade pela cozinha, logo sentia-se elemento útil no tratamento, depois, pelo facto de ter tarefas precisas e concretas para cumprir tornava mais fácil a aceitação inicial da intervenção. E desta forma afastavam estímulos ao consumo.

Também com o objectivo de parar consumos, era sugerido ao doente que passasse menos tempo no bar e que deixasse de ir ao seu bar habitual, passando a tomar café num bar que frequentasse com menos assiduidade. Procurava saber se o utente evitava o consumo de bebidas quando estava na companhia de alguém em especial e tentava-se envolver esse elemento na ida aos bares por parte do utente.

Após a paragem dos consumos começava-se a preparar a mudança de comportamento, e durante as consultas criavam-se cenários problema ao doente e desafiava-se o doente a imaginar soluções utilizando a técnica de resolução de problemas. Um cenário que utilizava com frequência era o seguinte: o utente ia ao bar e encontrava um grupo de amigos com que habitualmente bebia que o desafiavam para beber, o que fazia, como agia?

O doente era incentivado a construir a resposta ao pormenor, utilizando as palavras exactas que diria, a descrição do comportamento que teria. Esta intervenção procurava preparar o utente para situações inesperadas e, ao mesmo tempo, o treino de técnicas de coping mais eficazes.

Em todas as consultas, logo na fase inicial da entrevista, procurava-se saber através de perguntas circulares e reflexivas o que o utente e seu acompanhante achavam do desempenho de cada um, e dos progressos do tratamento. Permitia fazer uma avaliação e ao mesmo tempo trabalhar os processos relacionais.

Os casos particulares em que o conflito conjugal passava a ser a problemática dominante (F16) os utentes foram aconselhados a frequentar sessões de terapia familiar, fazendo-se o encaminhamento. Nas situações de violência era feita a abordagem aos incidentes na tentativa de o utente tomar consciência dos seus actos e permitir a catarse emocional, mas nesta área a intervenção foi difícil porque o medo de represálias por parte do agressor e de mais violência por parte da vítima blindava a informação (F27).

Com a paragem dos consumos era necessário proceder a uma mudança de comportamento, e neste ponto, a história do doente e o seu ambiente eram determinantes para a definição das intervenções a executar.

As propostas de mudança dependiam das situações vividas no aqui e agora dos clientes, para um cliente (F16) foram a inscrição num curso de formação, passar a relacionar-se com outras pessoas e a ser responsável por algumas tarefas domésticas. Num outro caso (F17), uma vez que o cliente tinha baixa habilitação académica e vivia num ambiente culturalmente pobre e com poucos estímulos, passava longos períodos no café, onde acabava por beber, foi estimulado a encontrar actividades que gostasse e que habitualmente não fazia. Identificou o cuidar da horta e o ir à pesca. Foi-lhe proposto que ao fim de semana, o tempo que passava no café, fosse transferido para o cuidar da horta. O utente passou a referir com entusiasmo os seus cultivos, a mãe que o acompanhava nas consultas, mostrava-se muito contente, expressando elogios ao filho. O doente incentivado a fazer uma análise comparativa entre a sua vida durante os consumos e depois dos consumos, referia sentir-se mais produtivo, via com orgulho o resultado do seu trabalho e fisicamente sentia-se melhor.

Neste caso foi também feita educação para uma alimentação saudável na tentativa de melhorar a sua imagem, e baixar a hipertensão. Esta intervenção produziu algum efeito, perdendo o doente alguns quilos e estabilizada a tensão arterial, mas o impacto maior foi no auto-conceito do doente, referindo este um bem-estar interior.

Em termos gerais a grande preocupação era utilizar os recursos do doente (recursos internos e externos), as características do seu meio e as condicionantes sociais envolventes e integrá-los nas estratégias terapêuticas, para prolongar o seu efeito o mais possível no quotidiano do utente.

5 – RESULTADOS CLÍNICOS

O principal objectivo a atingir com a intervenção de enfermagem junto de indivíduos aditos ao álcool era disponibilizar-lhes meios que lhes permitissem ter capacidade de abandonar os consumos e alterar os seus padrões de comportamento. Entende-se por meios, a capacidade para enfrentar e resolver problemas, o conhecimento da patologia, a capacidade de auto-análise e acima de tudo a precepção dos seus limites e capacidades.

Os nossos indicadores para avaliar o resultado da intervenção seriam naturalmente o nível de consumo e as alterações ao nível das atitudes e dos comportamentos dos utentes.

Pelos dados disponíveis não é possível fazer uma avaliação correcta e segura da intervenção desenvolvida, pois não é possível contabilizar as pequenas mudanças de comportamento (falta de registos). Acredito que toda a relação desenvolvida junto dos doentes produziu consequências positivas. Algumas no imediato e significativas, outras mais discretas e com ganhos que se manifestarão num futuro que poderá não ser próximo.

Segundo os registos plasmados nas fichas clínicas, conseguimos apurar que a maioria das consultas programadas foram realizadas (quadro 5). A taxa de sucesso foi baixa em relação à paragem dos consumos, e os dados são insuficientes em relação ao indicador “mudança de comportamentos”, contudo com a informação disponível podemos dizer que uma pequena percentagem (7 indivíduos) fez alterações ao seu padrão comportamental que lhe permitiu uma vida mais saudável e sem álcool (quadro 6). Dos doentes que cumpriram todo o programa e que tiveram alta programada (F16 e 17), a taxa de sucesso foi total, terminaram consumos, procederam a alterações significativas no seu dia a dia e encontraram uma forma de bem estar no seu novo estilo de vida em abstinência.

Quadro 5 – Consultas programadas e realizadas

	Programada	Realizada	Faltas
Entrevistas	88	60	28

O acompanhamento dos doentes que terminaram o programa durou em média 18,5 meses, com uma média de 6,5 consultas por doente. Tiveram sempre a presença de acompanhante que actuou como apoio de proximidade, para além de ser testemunha dos compromissos terapêuticos que se iam assumindo entre o enfermeiro e o utente.

Quadro 6 – Avaliação dos consumos no fim da intervenção

Terminaram programa	2
Abandonaram consulta sem consumos	5
Abandonaram consulta ainda a consumir	5
Abandonaram consulta com padrão de consumos reduzido	3
Compareceram a uma entrevista, não iniciaram programa	15

As investigações realizadas nas últimas quatro décadas têm demonstrado a tarefa árdua que é a recuperação de pessoas com problemas de adicção. O caso particular da dependência alcoólica, embora com algumas particularidades, apresenta as mesmas dificuldades. Embora os dados disponíveis registem algumas variações, todos eles apresentam percentagem de insucesso alto (Ferreira-Borges e Filho 2004:387). As dificuldades começam logo com as razões para o pedido de ajuda, e o contexto em que muitas vezes é feito, contribuindo como obstáculo ao tratamento (Kinney 2003). Durante o tratamento as taxas de abandono nos primeiros contactos são muito grandes, sendo em alguns casos superiores a 50% (Wetherill, Kelly e Hore 1987; Passos e Camacho 2000; Souza e Siqueira 2005). Após tratamento, as recaídas também atingem níveis muito significativos, com taxas de sucesso que na maioria dos casos não chegam aos 20% (Ramos e Wolowitz 2004), independentemente das abordagens terapêuticas.

Os resultados desta intervenção de enfermagem estão dentro do expectável, tendo como referência o relatado na literatura científica, embora neste caso particular, o trabalho desenvolvido com os doentes alcoólicos tenha a influência de uma forma de intervenção específica. A actividade foi desenvolvida por um enfermeiro pelo que transportou para a intervenção uma visão do cuidar e da abordagem terapêutica desenvolvida no seio da disciplina e profissão de enfermagem. O impacto desta particularidade terapêutica é difícil de avaliar, pois a intervenção dos enfermeiros nos comportamentos adictos está

pouco estudada. Mas aceita-se como factor determinante no sucesso terapêutico, mais que a terapia utilizada, as características do terapeuta, incluímos o seu potencial humano e a forma como manuseia as ferramentas profissionais (Najavits e Weiss 1994). Podemos então supor que a formação base do terapeuta poderá potenciar ou limar características pessoais e profissionais que poderão fazer a diferença no tratamento. Acredito que independentemente do resultado alcançado, existiram ganhos profissionais para mim que me permitirão no futuro uma melhor intervenção.

6 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS

A enfermagem como já vimos, preocupa-se com a forma como as pessoas vivem os seus estados de doença, e a forma como lidam com acontecimentos geradores de sofrimento. Nesta visão, o trabalho desenvolvido particularmente pelos enfermeiros é criar as condições necessárias para que a pessoa tenha real noção das suas dificuldades, e que reúna os conhecimentos necessários para a sua resolução.

Neste pressuposto o primeiro grande objectivo da intervenção terapêutica junto de pessoas com comportamentos aditivos é que as mesmas assumam o seu problema, reconhecendo a necessidade de ajuda, já que em qualquer tipo de drogas existe sempre um processo de negação em relação à sua utilização de forma prejudicial. O consumo proporciona-lhe prazer, bem-estar, satisfação e ao longo do tempo leva-o a evitar a síndrome de abstinência. Este processo de reforço negativo mantém a dependência ao longo do tempo impedindo-o de assumir o problema.

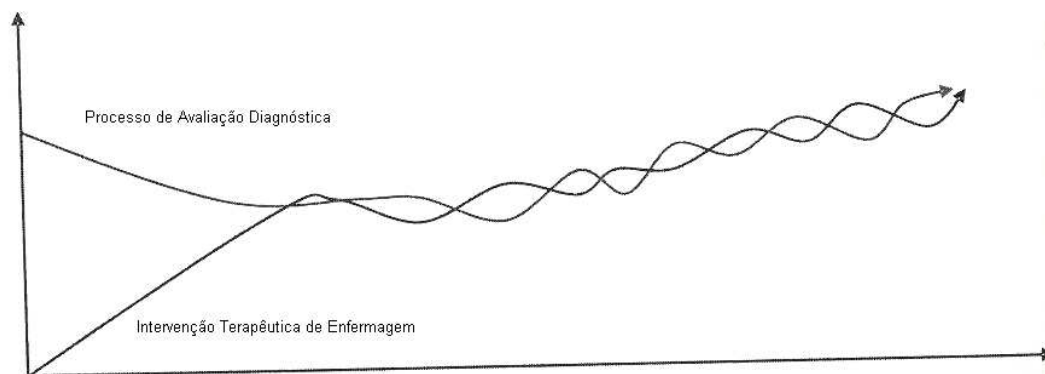
Superada a fase de negação do problema ou de minimização do mesmo, torna-se fundamental a orientação da pessoa para a necessidade de abstinência, a qual se inicia através de um processo de desintoxicação. Conseguida a desintoxicação, ou seja que a pessoa deixe de consumir a substância, inicia-se um processo de desabitação psicológica.

A intervenção desenvolvida resultou da aquisição de conhecimentos através de formação especializada, misturados com as minhas experiências clínicas e as minhas vivências enquanto ser humano em desenvolvimento. Como diz Benner (2001:33) “*o conhecimento prático adquire-se com o tempo ...*), e após 17 anos de prática de enfermagem psiquiátrica, julgo estar no nível de desenvolvimento profissional que Benner (2001) definiu como “Perito”, onde a compreensão das situações clínicas funciona muitas vezes aparentemente de maneira intuitiva, mas que traduzem a aquisição dos conhecimentos anteriormente apreendidos, e guardados. A forma como são invocados e processados é que parece ser mais profunda e global não sendo conscientemente esclarecido o processo, contudo são geradores de acções terapêuticas. Na minha intervenção terapêutica por vezes as decisões clínicas iam de encontro ao descrito por Benner.

Na primeira entrevista com o doente, o alvo clínico era a avaliação diagnóstica, dando especial atenção à componente motivacional, e era no decorrer deste processo que ia

sendo determinada a estrutura da intervenção. Assim, fazendo a avaliação da motivação do doente, gerava em mim um planeamento da intervenção que ia sendo reformulada ao longo do acompanhamento. Fazendo uma análise retrospectiva do meu desempenho terapêutico, constato que o processo de avaliação diagnóstica evoluía em simultâneo com o planeamento e execução das intervenções, numa sequência contínua onde a avaliação diagnóstica ia sendo cada vez mais refinada e as intervenções cada vez mais específicas, num processo de espiral ascendente. Este meu desempenho quase intuitivo, ou sentido como tal, é muito bem explicado pelo trabalho desenvolvido por Lopes (2006:186) que constatou que “...*existe claramente uma sobreposição no tempo entre a ocorrência da avaliação diagnóstica e da intervenção.*”, que a figura 7 traduz visualmente muito bem.

Figura 7 – “Processo de avaliação diagnóstica” versus “Processo de intervenção terapêutica de enfermagem” – evolução considerando a dimensão temporal.



Fonte: Lopes 2006

No final da primeira consulta realizada tinha um diagnóstico sumário e uma prescrição clínica, que variou entre a proposta de "reflexão sobre a tomada de decisão acerca da iniciação da intervenção mais estruturada", e a “construção de um plano para não beber procedendo a alterações às actividades de vida diária”. Que ao longo do processo terapêutico foi sofrendo alterações, com a dinâmica já referida.

Um dos pontos fortes da intervenção, foi na minha perspectiva, o envolvimento do acompanhante. Muitos doentes vinham acompanhados, e quando não, era solicitado que convidassem uma pessoa emocionalmente significativa para os acompanhar e que estivesse disponível para ser co-responsável pela sua recuperação. O doente e o seu acompanhante participavam simultaneamente na consulta, e este terá sido o momento com

maior ganho de saúde. O facto de ser uma relação individualizada e reforçada pela entrada de uma terceira pessoa na relação terapêutica beneficia o êxito da intervenção (Neto et al, 2008). Contudo, e após reflexão, a demonstração do impacto do trabalho realizado não foi possível devido a um deficiente registo quer das intervenções, quer das avaliações dessas mesmas acções. Sendo esta matéria de grande importância no processo de aprendizagem, foi realizada uma reflexão individualizada sobre esta problemática, que se apresenta.

6.1 – Os registos

A enfermagem é uma das profissões onde se produzem enormes quantidades de informação, sendo necessário que esta seja sujeita a uma gestão eficiente para que dela surjam mais-valias terapêuticas. Este é um desafio constante que os enfermeiros vivem no seu quotidiano, neste projecto de intervenção em comportamentos aditivos, também existiu essa necessidade, e como disse Collière (1999:266) *“quando há processos de cuidados, há necessidade de recorrer a instrumentos e técnicas de recolha, de análise e de registo da informação, bem como a instrumentos de transmissão, de coordenação da informação”*. Foi elaborado um instrumento de registo em suporte de papel (anexo 2) que continha uma primeira parte com questões que poderia ser utilizado como guião para a entrevista inicial, e uma segunda parte com espaço para notas de evolução e registo de estratégias terapêuticas. Adam (1994:60) refere que *“o instrumento utilizado na recolha de dados serve de auxiliar de memória para a formulação das perguntas no decorrer da entrevista e para registar as informações obtidas”*, neste caso a folha de registo servia também para registar a identificação de áreas problemáticas e planos de intervenção.

Os registos eram feitos ao longo da entrevista, e directamente na folha de registo (ver anexo 2). Por vezes a informação que se estava a registar era lida em voz alta para o doente ouvir e validar, normalmente esta situação ocorria quando o registo se referia a compromissos terapêuticos, e desta forma os registos para além da sua função de memória futura, assumiam uma utilização como ferramenta de intervenção.

Para a elaboração deste relatório foi utilizada a informação contida nas fichas de registo dos doentes, pelo que estas foram codificadas para melhor organização da informação.

Durante a intervenção socorria-me com frequência dos registos feitos na entrevista anterior e ia registando novas informações. Ao longo do acompanhamento que fiz aos doentes senti como suficientes e adequados os registos realizados.

Fazendo a leitura dos registos numa fase posterior e já com algum tempo de distância observo que a informação registada nas fichas dos clientes encontra-se sumariada, não segue um padrão específico, isto é, a relevância dos dados varia de doente para doente, contribuindo para esta situação as avaliações feitas e as problemáticas identificadas.

Tendo em conta que os registos são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho de enfermagem, estes devem ser rigorosos, completos e realizados correctamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem. E é através deles que é possível dar visibilidade ao desempenho, reforçar a autonomia e a responsabilidade profissional (Dias e tal. 2001).

Esta foi uma situação crucial deste processo de intervenção, pois a maioria das fichas não está totalmente preenchida, sendo que na altura da intervenção não se afigurou pertinente esta falta de registo porque a informação estava memorizada e presente, e era partilhada entre enfermeiro e cliente. Como refere Brooks (1998) os registos apesar de fundamentais não conseguem reflectir a natureza holística do trabalho dos enfermeiros, contudo para a elaboração deste relatório sinto que dados importantes se perderam e que seriam uma ajuda preciosa para a correcta análise do programa de intervenção realizado. Mesmo defendendo que a essência da enfermagem reside nas relações humanas, e que o importante são os resultados conseguidos com o cliente, é necessário documentá-los para revelar os cuidados de enfermagem aos outros (Lawler, 1991).

A primeira parte da ficha clínica era composta por questões abertas relativas aos consumos, e sentimentos associados, conforme exemplo da figura nº8. As questões mais vezes preenchidas eram as que definiam o padrão de consumo (quantidades, locais e situações), as questões sobre as razões da procura de ajuda e a forma como o doente via os seus consumos também eram frequentemente registadas. Eram muitas vezes deixados sem preenchimentos os campos relativos à caracterização do humor e avaliação fisiológica. As questões relacionadas com a caracterização da família e das relações de privilégio também não eram preenchidas, mas como existia um espaço para desenhar o genograma na ficha, e este era frequentemente feito, não existia necessidade de duplicar informação. A segunda parte da ficha de registo clínico era reservada para a entrevista

inicial e notas de continuidade. Estas eram registadas em duas colunas, uma de apreciação dos doentes durante as entrevistas e outra para registo de prescrições de cuidados.

Existia um campo na ficha dedicado ao registo da medicação que os doentes faziam, este campo nunca foi preenchido.

Figura nº8 – Extracto da ficha de registo clínico

<p>-Quais as razões que o levaram a procurar ajuda? -Quem o enviou? _____ - O que é que já fez? (intervenções terapêuticas anteriores) _____ _____ - Nº de internamentos anteriores devido ao álcool? _____ Onde: _____ - O que é que está a fazer neste momento? _____ - O que identifica como problema? _____ _____ - Há quanto tempo pensa que tem um problema com o consumo de bebidas alcoólicas? _____ _____ - O que é que espera de nós, deste programa? _____ - Considera-se um alcoólico? _____ - Sabe o que é o alcoolismo? _____ - Que idade tinha quando teve o primeiro contacto com o álcool? _____ - Porque começou a beber? () Curiosidade; () Influência dos amigos; () Timidez; () Insegurança; () Publicidade; () Desorientação; () Outra..... - Quais as bebidas preferidas? _____ - Quantidade ingerida por dia? _____ - Locais e hábitos de consumo? _____ - Em que momento do dia e situação deseja mais uma bebida? _____ _____ - Quando bebe, o que sente? () Excitação; () Depressão; () Diminuição da ansiedade; () Prazer; () Esquecimento; () Confusão mental; () Desorientação; () Outro..... - Dinheiro gasto em bebida? _____ - Quando foi o último consumo? _____ - Já tentou parar de beber? () Sim; () Não. - Período mais longo de abstinência? _____</p>
--

A forma como foram feitos os registos ao longo do tempo que decorreu a intervenção parece ser um ponto fundamental para análise e reflexão com conseqüente aprendizagem. A informação registada e disponível para consulta sobre o acompanhamento realizado aos doentes, não é suficientemente clara para compreender o trabalho de enfermagem realizado. Segundo Santos et al. (2003:81) "a compreensão do conhecimento em enfermagem é uma matéria complexa, porque os enfermeiros sabem mais do que falam e escrevem sobre sua práxis", e neste caso em concreto o meu comportamento foi utilizar as notas de evolução como um auxiliar de memória; informação sumariada que se destinava a ser lida só por mim. Sendo útil, e necessária só durante o período em que decorria o acompanhamento. E como disse Castonguay (2001) a documentação dos cuidados tornou-se sinónimo dos próprios cuidados, pelo que um cuidado não registado é considerado não realizado. Neste caso o registo incidiu sobre identificação de comportamento problemáticos, avaliações parcelares e prescrições generalizadas, não especificando o tipo de intervenção realizado por mim enquanto enfermeiro, por conseqüência o

ção (Bowie, 2004). Registo claros, profundos e sem ambiguidades, permitem acompanhar a evolução da intervenção, são parte integrante das competências, assumindo uma importância semelhante aos cuidados propriamente ditos. Com a mais valia de em termos legais, caso exista conflito ético ou jurídico, serem determinantes. Em resumo é uma forma de mostrar evidência no nosso trabalho, quer ao nível legal, quer ao nível dos ganhos para a saúde (Griffith, 2007).

7 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este é o espaço para fazer uma análise de cariz mais individual. Onde se reflecte sobre a aquisição de competências, onde procuro saber se após a frequência de formação específica, e do trabalho no terreno sai transformado ao nível pessoal e profissional.

E como disse Phaneuf (2005:3) "...possuir uma raquete de ténis e sapatilhas não significa que se possa ser excelente em ténis. É preciso além disso conhecimento das regras do jogo, bem entendido, mas também o desenvolvimento de capacidades, de habilidades particulares, de estratégias subtis aplicadas no terreno." Nesta perspectiva a evolução profissional torna-se mais complexa, logo mais subjectiva a sua avaliação. Contudo penso que os ganhos devem ser relativizados, isto é, depende de onde se partiu para se perceber o que se conquistou.

Em Portugal, de acordo com a minha experiência, o enfermeiro não é tradicionalmente visto como técnico autónomo, detentor de conhecimentos e saberes. Embora esta realidade esteja a mudar por força da reestruturação académica e da produção científica que vai surgindo. Estou convencido que a sociedade, isto inclui os outros profissionais da saúde, olha para o enfermeiro como um executor, um técnico muito especializado que realiza intervenções sob orientação.

O trabalho desenvolvido neste projecto de saúde teve inicialmente, vários obstáculos e resistências. Inicialmente foi preciso convencer as chefias que os enfermeiros reuniam competências para avançar com o programa, pelo que a formação específica realizada foi uma preciosa aliada e o desempenho dos envolvidos a nível profissional no dia-a-dia também foi importante. Para a instalação do programa foi necessário realizar ajustes na organização do serviço, os horários do enfermeiro foi adaptado e a distribuição de doentes pelos médicos do serviço teve de ser reorganizada, tendo em conta que um médico passaria a dispor de menos tempo para a consulta de psiquiatria geral.

Estas alterações introduzidas por força da execução do programa de intervenção alcoólica tiveram impacto na medida em que alteraram a estrutura e a organização de trabalho, contudo, o maior impacto foi o que resultou do trabalho de persistência relacionado com o desempenho de enfermagem. No início os funcionários do hospital mostraram resistência ao facto de passar a existir uma consulta de enfermagem, que acontecia

no mesmo espaço das consultas médicas e ao mesmo tempo. Esta resistência era expressa por desvalorização da consulta, invasão do gabinete sempre que precisavam, não respeitado o tempo de consulta, e a pouca disponibilidade para apoio administrativo. Com o tempo esta resistência desapareceu, mas foi sendo conquistada dia-a-dia, pela persistência, atitude e empenho profissional.

Um outro impacto, que foi mais social que organizacional, foi a forma como os doentes interagiam comigo. Os doentes inicialmente, na sua esmagadora maioria, tratavam-me por “senhor Doutor” ou “Doutor Psicólogo” quando corrigia para enfermeiro, ficavam desconfiados que eu os estaria a enganar, e tinha que fazer a correcção várias vezes. Alguns tinham dificuldade em aceitar que os enfermeiros também podiam ter uma consulta. Com o tempo a transformação foi acontecendo, mas a cada novo doente a história repetia-se. Actualmente observo com algum orgulho que os técnicos das várias áreas profissionais do serviço quando abordados por pessoas com problemas ligados ao álcool encaminham-nos para o Enfermeiro Artur. É também com alguma frequência que recebo telefonemas de pessoas que solicitam orientações relacionadas com o consumo de álcool. O acima relatado não confere competências, mas é sintomático da transformação aos olhos dos outros do desempenho profissional realizado. A competência não é um estado, é um processo, e segundo os Regulamentos das Competências de Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros nºs 122 e 129/2011 (Portugal, 2011), destaca duas componentes essenciais, o elevado conhecimento, e a consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. A primeira componente é satisfeita através da formação académica realizada, surge então a segunda que depende de um desenvolvimento do raciocínio sócio-moral. Esta componente mais difícil de expressar pela escrita, é contudo mais fácil de demonstrar no dia-a-dia. Estou convencido que ao longo da minha constante exposição ao outro, quer por força da execução da intervenção aqui relatada, quer por força do exercício de cidadania e de enfermeiro a tempo inteiro, me tornei mais assertivo, mais justo, e mais empático, permitindo a construção de um estilo profissional próprio.

8 - CONCLUSÃO

Antes de apresentar alguma conclusão, devo referir alguns condicionantes que influenciaram todo o trabalho realizado.

A intervenção de enfermagem junto de pessoas com problemas ligados ao álcool, surge de uma necessidade de resposta no contexto dos cuidados, não existindo uma preocupação em organizar e registar de forma detalhada os dados para memória futura, a informação era simplificada e registada numa perspectiva de auxiliar de memória. Só era registada a informação que tinha o risco de ser esquecida por mim. Esta pobreza de registos dificulta uma avaliação precisa dos ganhos de saúde e também não disponibiliza informação suficiente para melhorar os procedimentos terapêuticos.

A forma como ainda se continua a olhar para o alcoolismo é um obstáculo para o investimento em programas locais de apoio à recuperação do alcoólico, sendo necessário um esforço adicional dos profissionais para ultrapassarem obstáculos de ordem financeira e organizacional.

É minha convicção que os enfermeiros com formação especializada na área da saúde mental e psiquiátrica reúnem óptimas condições para trabalharem com dependentes de álcool, pois aliam os conhecimentos e experiência das várias dimensões da pessoa podendo fazer uma intervenção holística.

Depois de referidos os condicionantes, e avaliando os dados disponíveis, é possível verificar que a grande dificuldade na intervenção de enfermagem realizada foi a fraca adesão ao tratamento. É preciso encontrar novas abordagens para que os utentes iniciem o processo terapêutico, visto que a maioria desistiu ainda na fase de contacto. Esta é uma dificuldade já identificada pelas investigações realizadas. Neste programa terapêutico, avaliando os utentes que realizaram todo o percurso até á alta, os resultados são animadores visto que pararam consumos, alteraram comportamentos e estabilizaram num novo estilo de vida.

Este trabalho também serviu para desenvolver as minhas competências técnicas e relacionais, aferindo na prática as aquisições teóricas, tomando consciência dos meus comportamentos e melhorando a minha capacidade de observação.

BIBLIOGRAFIA

- ADAM, Evelyn (1994) Ser Enfermeira :Lisboa, Instituto Piaget
- ADÈS, Jean (1997) Comportamentos alcoólicos e seu tratamento: Climepsi, Lisboa
- ALLEN, John e WILSON, Veronica (2003) Assessing Alcohol Problems: National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), second edition, Bethesda, disponível em <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Assesing%20Alcohol/index.pdf>
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1996) DSM-IV : 4.^a edição, Climepsi, Lisboa
- ASCENSÃO, Helena (2010) Da qualidade dos cuidados de Enfermagem à satisfação das necessidades do utente: Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. [consultado em Fevereiro 2011], disponível em <http://hdl.handle.net/10216/26626>
- BABOR, Thomas e HIGGINS-BIDDLE, John (2001 a) Intervención Breve : Organización Mundial de la Salud, Generalit Valenciana
- BABOR, Thomas F.; et al. (2001 b) AUDIT : Organización Mundial de la Salud
- BENJAMIN, Alfred (1993) A Entrevista de Ajuda; Editora Martins Fontes, 5^a edição
- BENNER, Patricia (2001) De Iniciado a Perito : Quarteto Editora, Coimbra
- BIEN, T. H., MILLER, W. R. and TONIGAN, J. S. (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, v.88, p.315–336 [consultado em Agosto 2010], disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.1993.tb00820.x/pdf>
- BOWIE, P et al (2004) The feasibility and potential of organisational peer review audit in community nursing: an example of record keeping: *Quality in Primary Care* 12, no. 2: 109-117. [consultado em Fevereiro 2011], disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=113&sid=7a01aa8c-559e-47b3-bbe5-748fad751de3%40sessionmgr112&vid=23>
- BROOKS, J. (1998) An analysis of nursing documentation as a reflection of actual nurse work: *Medsurg Nursing*. New Jersey, 189-198.
- CABRAL, Lidia e al. (2007) Representações Sociais sobre o Álcool em Estudantes do Ensino Superior: *Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Domínio de Enfermagem*, Junho, Issue 4, p.69-78 [consultado em Julho de 2010], disponível em

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=73&hid=106&sid=a8b10afc-bbca-4607-b228-cd4686e6e8d6%40sessionmgr110>

CASTONGUAY, D. (2001) Nursing documentation- how important is it?. *Nursing News*. New Hampshire,6.

CHICK, J. e KEMPPAINEN, E. (2007) Estimating Alcohol Consumption: *Pancreatolgy, Official Journal of the International Association of Pancreatology*: vol.7 pag. 157-161 [consultado em Julho 2010]: disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=27&hid=106&sid=a8b10afc-bbca-4607-b228-cd4686e6e8d6%40sessionmgr110>

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999). Promover a vida, Lisboa, Lidel – edições técnicas, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

DIAS, A. et al (2001) Registos de enfermagem: *Servir*. Lisboa, 267-271.

FERREIRA, Cristina; et all (2004); Desvelando o Método Etnográfico, que contributos para a ciência de Enfermagem?; *Revista Sinais Vitais* nº 56; Setembro

FERREIRA-BORGES, Carina e FILHO, Hilson (2007) Intervenções Breves, Álcool e outras Drogas : Climepsi Editores, Lisboa

FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, wilson, (2004) Alcoolismo e Toxicodependência: Manual Técnico 2: Climepsi Editores, Lisboa

GEORGE, Julia (2000) Teorias de Enfermagem. Os fundamentos à prática profissional: Artmed Editora, 4ª edição, Porto Alegre, Brasil

GLASSER, William (1990) Reality Therapy, a new approach to psychiatry : Perennial Library, New York

GRIFFITH, R. (2007) The importance of earnest record keeping: *Nurse Prescribing* 5, no. 8: 363-366. [consultado em Fevereiro 2011], disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=113&sid=7a01aa8c-559e-47b3-bbe5-748fad751de3%40sessionmgr112&vid=27>

HARRIS, Joanne (2000) Vinho Mágico : 1ª Edição, Asa Editores II S.A, Porto

HARRISON, Paul et al (2006) Guia Prático de Psiquiatria : Climepsi editores; 1ª edição; Lisboa

HEATHER, Nick (1992) Addictive disorders are essentially motivational problems : *British Journal of Addiction*, vol.87 (6), p.828-30 [consultado em Agosto 2010], disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=22&hid=111&sid=e4c1d75c-94b8-403a-aba8-f6438cefedf7%40sessionmgr112>

KAHAN, M.; WILSON, L.; BECKER, L. (1995) Effectiveness of physician-based interventions with problem drinkers. Canadian Medical Association Journal, v.152 (6), p.851-859 [consultado em Agosto 2010], disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1337758/pdf/cmaj00066-0055.pdf>

KÉROUAC, S. et al (1994) La pensée infirmière. Conceptions et stratégies. Laval (Québec) : Éditions Études Vivantes

KINNEY, Jean (2003) Loosening the grip – A Handbook of alcohol information : seventh edition; McGraw-Hill

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean (1999): A construção do saber ; Artmed Editora ; São Paulo; Brasil

LAWLER, J. (1991) In search of an Australian identity. In Towards a Discipline of Nursing. Churchill Livingstone, Melbourne.

LOPES, Manuel (2001) Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral, alguns dados e implicações: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2ª edição, Lisboa

LOPES, Manuel (2006) A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica: Formasau, Coimbra

MEDINA, José Luis (1999) La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería; Editorial Alertes

MELLO, M.L.; BARRIAS, J.; e BREDA, J. (2001) Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal : Lisboa, Direcção Geral de Saúde.

MOYER, A. et al. (2002) Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations, Addiction, v.97 (3), p.279-292 [consultado em Agosto 2010], disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1360-0443.2002.00018.x/pdf>

NAJAVITS L, WEISS R. (1994) Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: an empirical review: Addiction vol.89(6) p.679-688, Inglaterra [consultado em Agosto 2010], disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&hid=17&sid=dfa6a8d2-c71d-4543-a218-c1e025837781%40sessionmgr13>

NAKKEN, Craig (1996) A Personalidade Adictiva, Raízes, Rituais, Recuperação: ATT – Associação para o Tratamento das Toxicodependências; Colares editora

NETO Domingos; SILVA, Ana, (2002) O que deve saber sobre bebidas alcoólicas: Centro Regional de Alcoologia do Sul; Lisboa

NETO, D., LAMBAZ, R., e CHICK, J. (2008). Effectiveness of sequential combined treatment in comparison with treatment as usual in preventing relapse in alcohol dependence. *Alcohol and Alcoholism*, 43 (6), 661-668.

OGDEN, Jane (1999) Psicologia da Saúde: Climepsi, Lisboa

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) CIPE - versão 1 : Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista: disponível em www.ordemenfermeiros.pt

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005): Report on alcohol in the WHO European Region [consultado em Junho 2009] disponível em http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/87995/RC55_ebd01.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, (2002) Relatório Mundial de Saúde 2001: Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança : Direcção Geral de Saúde; Lisboa

PASSOS, S.R.L. e CAMACHO, L.A.B.(2000) Factors associated with immediate dropout of outpatient treatment for drug abuse in Rio de Janeiro : *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, volume 35, number 11 pag. 513-517[consultado 2 Setembro 2010]: disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=17&sid=dfa6a8d2-c71d-4543-a218-c1e025837781%40sessionmgr13>

PHANEUF, Margot (2005) Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação: Lusociência

PILON, Sandra e LUIS, Margarida (2004) Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de enfermagem: *Revista Latino-americana de Enfermagem*, Julho-Agosto, 12(4) p.676-82, [consultada em Setembro 2010], disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a14.pdf>

PORTUGAL (2009) Decreto-Lei n°248/2009:Ministério da Saúde, Diário da Republica, 1ª serie n°184, 22 de Setembro

PORTUGAL (2011) Regulamento n° 122/2011: Ordem dos Enfermeiros, Diário da Republica, 2ª serie, n°35, 18 de Fevereiro.

PORTUGAL (2011) Regulamento n° 129/2011: Ordem dos Enfermeiros, Diário da Republica, 2ª serie, n°35, 18 de Fevereiro.

PORTUGAL. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (2007) 4ºInquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/2006: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Destaque, Informação à comunicação social, Agosto, Lisboa

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DGS (1998) Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1995/1996 : Direcção Geral da Saúde (DGS), Lisboa

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSA (2000) Inquérito Nacional de Saúde (INS) 1998/1999 : Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA), Observatório Nacional de Saúde, Lisboa

Prochaska e Diclemente (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model change: Journal of Consulting and Clinical Psychology, June; vol. 51 (3) pp. 390-395

Prochaska e Velicer (1997) The transtheoretical model of health behavior change: American Journal of health Promotion, September – October, vol.12, issue 1, pp 38-48

Prochaska, Diclemente e Norcross (1992) In search of how people change: applications to addictive behaviors: American Psychologist, September, vol.47, issue 9, pp. 1102-1114

RAMOS, Sergio e WOLTOWITZ, Arnaldo (2004) Da cervejinha com os amigos à dependência de álcool: uma síntese do que sabemos sobre esse percurso :Revista Brasileira de Psiquiatria nº26 pag. 18-22 [consultado 2 Setembro 2010]: disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a06v26s1.pdf>

Rehn, N.; Room, Robin; Edward, G. (2001) Alcohol in the European Region – consumption, harm and policies: Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [consultado em Junho 2010], disponível em <http://www.druglibrary.stir.ac.uk/documents/E76240.pdf>

ROLLNICK, S. e MILLER, W. (2001) Entrevista Motivacional, preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos : ArtMed, Porto Alegre

ROOM, R.; BABOR, T.; REHM, J. (2005) Alcohol and public health: The Lancet, vol.365, February 5 : disponível em www.thelancet.com

SANTOS, Sérgio; et al(2003) O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registo no prontuário: Rev. Latino-Am. Enfermagem [online], vol.11, n.1, pp. 80-87.[consultado em Fevereiro 2011] disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n1/16563.pdf>

SILVEIRA, Pollyanna e al. (2009) Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde: Psicologia: Teoria e Prática, Vol. 11 Issue 1, p.62-75, Brasil [consultado em Julho de 2010], disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=61&hid=106&sid=a8b10afc-bbca-4607-b228-cd4686e6e8d6%40sessionmgr110>

SOUZA, Renata e SIQUEIRA, Marluce (2005) O processo de enfermagem na assistência a pacientes com dependência de álcool: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol.54, nº3

p.228-233 [consultado em Junho 2010], disponível em [http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP\(3\)2005_\(228-233\).pdf](http://www.ipub.ufrj.br/documentos/JBP(3)2005_(228-233).pdf)

SPICER, Jerry (1993) The Minnesota Model: Hazelden Foundation, Minnesota, USA.

VEIGA, João (2005) Edificação de uma ética de enfermagem: o essencial e o acessório; Cadernos de Bioética nº 38, Setembro

WATZLAWICK, Paul et al. (1993) Pragmática da Comunicação Humana : 9ª edição; Editora Culturix Ltda.; São Paulo

WETHERILL, J, KELLY, T e HORE, B (1987) The role of the community psychiatric nurse improving treatment compliance in alcoholics: Journal of Advanced Nursing 12, no. 6 p.707-711. [consultado em Julho 2010], disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&hid=17&sid=cc2d7ed3-e5be-4f1f-abb4-35b387808579%40sessionmgr11>

WILK, A.; JENSEN, N.; HAVIGHURST, T.(1997) Meta-analysis of randomised control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. Journal of General Internal Medicine, v.15 (5), p.274-283 [consultado em Agosto 2010], disponível em http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1497107/pdf/jgi_48.pdf

YEH, M. et al.(2008) An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence: Journal of Clinical Nursing, 17(7), p.921-929 [consultado em Agosto 2010], disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=17&sid=cc2d7ed3-e5be-4f1f-abb4-35b387808579%40sessionmgr11>

Anexos

Anexo 1

ALCOOLISMO ??

Não é comigo...

Alcoólico ??... Eu não...

Caro utente :

Este folheto pretende ser uma fonte de informação, ao seu dispor, sobre a Dependência Alcoólica, e ao mesmo tempo uma ajuda à reflexão sobre o seu caso pessoal.

Pede-se ao utente e família que leiam com atenção, procurando semelhanças com a sua situação.

Esteja sozinho ou acompanhado por um técnico de saúde, solicite sempre a ajuda que achar necessária.

Alcoólico ??... Eu não...

Reflicta sobre as situações descritas a seguir :

(UTENTE)

- Às vezes tenho a sensação que bebi mais que a conta;**
- Os meus amigos já me disseram que bebo muito, mas também que aguento muito;**
- A minha família costuma reclamar que eu bebo demais;**
- De manhã quando acordo, apetece—me logo uma bebida alcoólica;**
- Depois de beber uma ou duas bebidas não consigo parar de beber;**
- Fico ofendido quando alguém faz comentários acerca do que bebo;**
- Já entrei em alguma zaragatas enquanto bebia;**
- Tenho tido alguns problemas familiares por causa da bebida.**

Alcoólico ??... Eu não...

(FAMÍLIA)

- **Ele bebe demais;**
- **Já lhe disse muitas vezes que não devia beber tanto;**
- **Acorda de madrugada a tremer e logo que pode vai beber;**
- **Passa mais tempo no café do que em casa;**
- **Fica zangado comigo sempre que o chamo à atenção;**
- **Já teve problemas no emprego por causa da bebida;**
- **Tenho medo que ele, qualquer dia, tenha um acidente;**
- **Já lhe disse para ir ao médico, mas ele não quer, diz que não precisa;**
- **Às vezes bebe às escondidas e anda muito desconfiado de tudo.**

Alcoólico ??... Eu não...

Leu com atenção ?

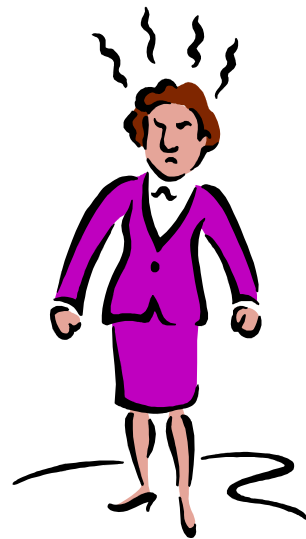
Já lhe aconteceram algumas destas situações??

Já alguma vez pensou na sua família, no seu trabalho, em si próprio, ou seja na sua “vida”, e desejou que ela fosse diferente ?

Já alguma vez pensou na “vida” que sonhou ter e não tem ?

Já alguma vez se sentiu culpado por isso ?

Se SIM, então está com um problema de alcoolismo, e é melhor continuar a ler este folheto.



Alcoólico eu ?? Talvez sim...

O alcoolismo é uma doença crônica, é uma situação de dependência física e psicológica do álcool.

O alcoolismo caracteriza-se por uma perda de controle sobre o consumo de álcool, apesar das consequências adversas, e por distorções do pensamento com a negação do problema.

Um alcoólico prefere as bebidas alcoólicas, não conseguindo controlar o consumo, esquecendo-se muitas vezes, da família, do trabalho, dos amigos e da sua própria saúde.

A recuperação do doente alcoólico é bastante difícil, exigindo um grande esforço do próprio e dos que o rodeiam.

Alcoólico eu ?? Talvez sim...

É fundamental a colaboração da família e amigos.

É imprescindível a abstinência total de bebidas alcoólicas para o resto da vida.

É necessária a ajuda especializada para o tratamento e recuperação.

É um ponto de partida, a aceitação da sua doença, a sua compreensão, tal com aceitar o tratamento.



EU SOU ALCOÓLICO

PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS DO ALCOOLISMO

- **A NÍVEL FÍSICO:** doenças do fígado, gastrites, úlceras, anemias, etc...
- **A NÍVEL PSICOLÓGICO:** Dificuldades na concentração, alterações emocionais, irritabilidade e agressividade fácil, alterações do comportamento, etc...
- **A NÍVEL FAMILIAR:** Problemas de relação com a esposa/marido, alterações da vida sexual, filhos com problemas na escola, etc...
- **A NÍVEL PROFISSIONAL:** Faltas constantes ao emprego, conflitos com colegas, maior risco de acidentes, por vezes o despedimento, etc...
- **A NÍVEL SOCIAL:** Diminuição do poder económico, afastamento das pessoas de quem mais gosta, etc...

EU SOU ALCOÓLICO

FALSOS CONCEITOS

É habitual as pessoas pensarem que as bebidas alcoólicas têm certas propriedades. Atenção que :

- O álcool não aquece;**
- O álcool não mata a sede;**
- O álcool não dá força;**
- O álcool não ajuda a digestão, nem abre o apetite;**
- O álcool não é um remédio;**
- O álcool não alimenta;**
- O álcool não facilita o convívio com os outros.**

Reflicta sobre estes falsos conceitos das bebidas alcoólicas e peça a ajuda de um técnico de saúde especializado.

EU SOU ALCOÓLICO

CONSELHOS

Caro utente:

Sente que de manhã ao acordar fica constantemente mal disposto e com tremores e que os mesmos desaparecem se tomar uma bebida alcoólica. Também sabe que eles vão voltar e que ao longo do dia terá de ir bebendo para se sentir bem e conseguir trabalhar.

Já prometeu que deixava de beber, mas cada vez que tenta sente-se tão mal que não resiste a ir beber novamente. Os outros condenam-no por isso e você sente-se culpado.

Os outros chamam-no constantemente à atenção, recriminam-no, ameaçam-no, fazendo-o sofrer cada vez mais, ao ponto de você, por vezes, perder mesmo a paciência.

Sente que ninguém o compreende. Sente que até não bebe assim tanto como eles dizem, mas como o massacram com o assunto, então o melhor é evitar falar nele.

Não teremos um problema a resolver?? Aceite falar, com um técnico de saúde especializado, sobre a sua situação.

EU SOU ALCOÓLICO

CONSELHOS

Caro Familiar :

Quer ajudar o seu familiar? Então não ignore nem finja que nada se passa.

Diga com clareza ao seu familiar que ele poderá estar com problemas e que poderá necessitar de ajuda.

Manifeste a sua disponibilidade para o ajudar, mesmo que ele reaja mal.

O doente alcoólico sofre muito com a situação, estando mais sensível ao calor humano que aos conselhos.

Não é proibindo ou impedindo que o seu familiar beba que o ajuda, mas sim pela sua tomada de consciência do problema que o álcool representa.

O tratamento é lento e prolongado, implicando uma mudança na maneira de pensar e agir, o que por vezes demora algum tempo a notar-se.

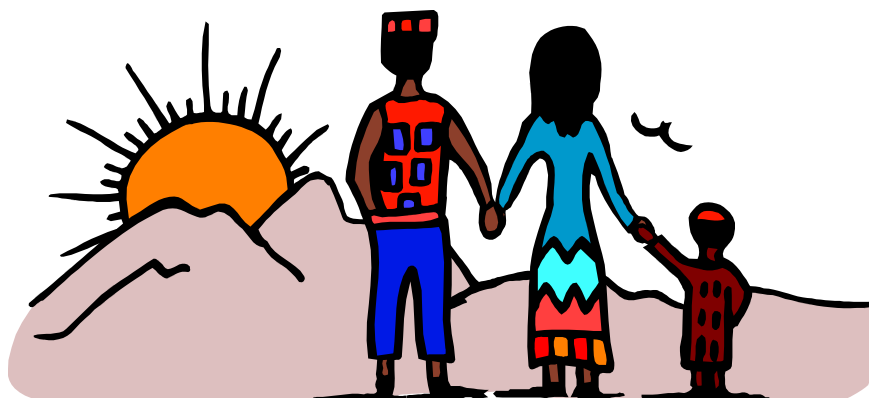
O doente alcoólico tem de aprender a viver sem o álcool, para o resto da vida.

Tem de o ajudar a não ter vergonha do seu passado, e a ter orgulho de si próprio no presente.

EU SOU ALCOÓLICO

É fundamental o seu incentivo para que o doente siga os conselhos dados pelos técnicos de saúde.

É fundamental a sua participação no tratamento.



AUTORIA

HELDER MARQUES
Licenciado em enfermagem

DPSM-2001

Anexo 2



Hospital do Espírito Santo de Évora

Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

UNIDADE
FUNCIONAL
DE
INTERVENÇÃO ALCOOLÓGICA

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

Data: ___/___/___

Idade: _____

Data de Nascimento: ___/___/___

Profissão: _____

Escolaridade: _____

- Quais as razões que o levaram a procurar ajuda? _____

- Quem o enviou? _____

- O que é que já fez? (intervenções terapêuticas anteriores) _____

- Nº de internamentos anteriores devido ao álcool? _____ Onde: _____

- O que é que está a fazer neste momento? _____

- O que identifica como problema? _____

- Há quanto tempo pensa que tem um problema com o consumo de bebidas alcoólicas? _____

- O que é que espera de nós, deste programa? _____

- Considera-se um alcoólico? _____

- Sabe o que é o alcoolismo? _____

- Que idade tinha quando teve o primeiro contacto com o álcool? _____

- Porque começou a beber? () Curiosidade; () Influência dos amigos; () Timidez; ()
Insegurança; () Publicidade; () Desorientação; () Outra.....

- Quais as bebidas preferidas? _____

- Quantidade ingerida por dia? _____

- Locais e hábitos de consumo? _____
 - Em que momento do dia e situação deseja mais uma bebida? _____
 - Quando bebe, o que sente? () Excitação; () Depressão; () Diminuição da ansiedade;
() Prazer; () Esquecimento; () Confusão mental; () Desorientação; () Outro.....
 - Dinheiro gasto em bebida? _____
 - Quando foi o último consumo? _____
 - Já tentou parar de beber? () Sim; () Não.
 - Período mais longo de abstinência? _____
-

- Já lhe aconteceu não se recordar do que fez quando bebe? _____
 - Que tipo de coisas tem dificuldade em recordar? _____
 - Já inventou histórias para ocultar o que esqueceu? _____
 - Que tipo de histórias? _____
 - Já alguma vez viu ou ouviu coisas que os outros não tenham visto ou ouvido? _____
 - Que coisas? _____
 - Como se sente quando está um dia sem beber? () Excitação; Alteração do humor ();
() Desorientação; () Vômitos; () Insónias; () Ansiedade; () Tremores;
() Falta de apetite; () Taquicardia; () Disartria; () Alucinações; () Agitação;
() Confusão mental; () Amnésia; () Delírios; () Sudorese; () Outros.....
 - Tem tremores de manhã? _____
-

- Qual o seu estado de animo habitual? () Triste; () Zangado; () Inseguro; () Vergonha;
() Agressivo; () Impotente; () Ansioso; () Solidão; () Alegre; () Optimista; () Bem disposto.
 - Como se sente de manhã, no dia a seguir a ter bebido? _____
 - O que o faz sentir-se culpado na sua vida? _____
-

- Consome outras drogas? () Sim; () Não. Qual? _____
 - Fuma? () Sim; () Não. Quantos cigarros/dia? _____
-

Genograma

- Estado civil: _____ Nº de Filhos: _____
- Com quem vive? _____
- Que tipo de relacionamento tem com os seus filhos e esposa/marido? _____
- _____
- Quanto tempo passa com eles por dia? _____
- Quais as pessoas com quem se relaciona mais? _____
- Tem amigos íntimos? _____
- Se tivesse que pedir ajuda a quem o faria? _____
- Está empregado actualmente? _____
- Descreva um dia típico que passa em casa: _____

-
- O que o álcool faz por si? _____
 - Acha que a bebida o faz sentir que perdeu o controle na sua vida? _____
 - _____
 - Complicações clínicas: () Hipertensão; () Problemas respiratórios;
() Alt. Sist. Digestivo; () Outros _____
 - Problemas associados: () Brigas; () Justiça; () Família; () Trabalho; () Outros _____

- Quais as razões que o levaram a procurar ajuda? (Qual o foco motivacional) _____

- Como se classifica de 0 a 10, quanto à confiança na sua capacidade para executar a mudança na sua vida? _____

Entrevista inicial

Data ___ / ___ / ____

Medicação que está a tomar:

DATA	ENTREVISTA	PRESCRIÇÃO

Anexo 3

Questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) (versão Portuguesa)

1 – Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? (escreva o numero que melhor corresponde à sua situação)

- 0 – nunca
- 1 – uma vez por mês
- 2 – duas a três vezes por mês
- 3 – duas a três vezes por semana
- 4 – quatro ou mais vezes por semana

2 – Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

- 0 – uma ou duas
- 1 – três ou quatro
- 2 – cinco ou seis
- 3 – de sete a nove
- 4 – dez ou mais

3 – Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

- 0 – nunca
- 1 – menos de uma vez por mês
- 2 – pelo menos uma vez por mês
- 3 – pelo menos uma vez por semana
- 4 – diariamente ou quase diariamente

4 – Nos últimos doze meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

- 0 – nunca
- 1 – menos de uma vez por mês
- 2 – pelo menos uma vez por mês
- 3 – pelo menos uma vez por semana
- 4 – diariamente ou quase diariamente

5 – Nos últimos doze meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

- 0 – nunca
- 1 – menos de uma vez por mês
- 2 – pelo menos uma vez por mês
- 3 – pelo menos uma vez por semana
- 4 – diariamente ou quase diariamente

6 – Nos últimos doze meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para “curar” uma ressaca?

- 0 – nunca
- 1 – menos de uma vez por mês
- 2 – pelo menos uma vez por mês
- 3 – pelo menos uma vez por semana
- 4 – diariamente ou quase diariamente

7 – Nos últimos doze meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

- 0 – nunca
- 1 – menos de uma vez por mês
- 2 – pelo menos uma vez por mês
- 3 – pelo menos uma vez por semana
- 4 – diariamente ou quase diariamente

8 – Nos últimos doze meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?

- 0 – nunca
- 1 – menos de uma vez por mês
- 2 – pelo menos uma vez por mês
- 3 – pelo menos uma vez por semana
- 4 – diariamente ou quase diariamente

9 – Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

- 0 – não
- 1 – sim, mas não nos últimos doze meses
- 2 – sim, aconteceu nos últimos doze meses

10 – Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

- 0 – nunca
- 1 – sim, mas não nos últimos doze meses
- 2 – sim, aconteceu nos últimos doze meses

Como ler o resultado do questionário Audit

Pontuação Audit	Nível de Risco	Comentário
0	Abstémio	Muito bem, é um exemplo para os outros
1 - 7	Baixo Risco	Está numa zona segura, mas deve manter-se com o padrão actual de consumos. É uma pessoa responsável em relação ao consumo de álcool.
8 - 15	Abuso	Está numa zona perigosa. Existem riscos físicos e sociais, é aqui que começam os problemas sérios de saúde. Deve reduzir os consumos de bebidas.
16 - 19	Abuso nocivo	Os problemas de saúde já existem e são graves. Existem problemas físicos e sociais graves. O quadro de doença (alcooolismo) está-se a instalar. É urgente alterar o padrão comportamental em relação ao consumo de bebidas, baixando o consumo de bebidas.
20 - 40	Dependência	Procurar ajuda de técnicos de saúde com experiência em adição. É difícil alterar o padrão comportamental sem ajuda. Peça ajuda.

Anexo 4



Anexo 5

Idade: 31
Profissão: pedreiro

Data de Nascimento: 30/11/76
Escolaridade: 6º ano

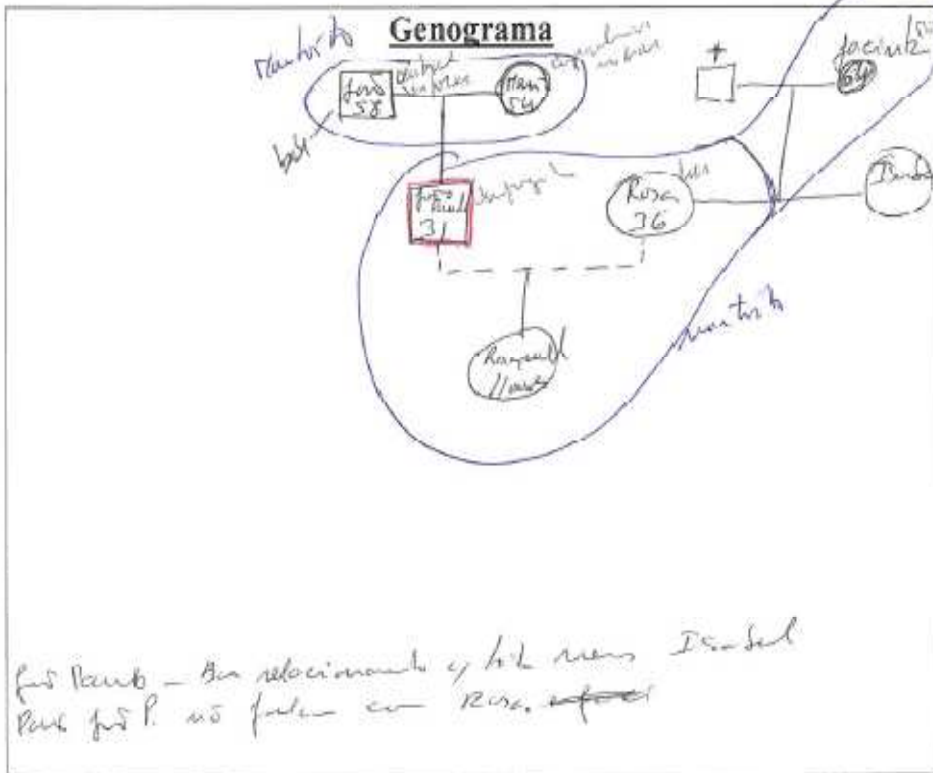
- Quais as razões que o levaram a procurar ajuda? Por a mulher e a filha abandonar o lar.
- Quem o enviou? _____
- O que é que já fez? (intervenções terapêuticas anteriores) 1º acompanhamento em consulta, Conselho de Famílias (desafio fórum); ps. Conselho ERAS (±4 anos)
- Nº de internamentos anteriores devido ao álcool? 1 Onde: DPSM (± 7-8am)
- O que é que está a fazer neste momento? Medicina P. D. M. M. M.; não bebe desde Nov. 2007
- O que identifica como problema? mas sempre beber
- Há quanto tempo pensa que tem um problema com o consumo de bebidas alcoólicas? desde os 10 anos qd foi voluntário/ps. Psic. jurídica
- O que é que espera de nós, deste programa? Cura do problema.
- Considera-se um alcoólico? Sim
- Sabe o que é o alcoolismo? deserer como não beber e não sentir
- Que idade tinha quando teve o primeiro contacto com o álcool? 10 anos
- Porque começou a beber? () Curiosidade; (x) Influência dos amigos; () Timidez; () Insegurança; () Publicidade; () Desorientação; () Outra.....
- Quais as bebidas preferidas? cerveja
- Quantidade ingerida por dia? mas de 30 cervejas médias/dia 35%?
- Locais e hábitos de consumo? café
- Em que momento do dia e situação deseja mais uma bebida? quando está mais "nervoso"; qd. há conflitos.
- Quando bebe, o que sente? () Excitação; (x) Depressão; (x) Diminuição da ansiedade; () Prazer; (x) Esquecimento; () Confusão mental; () Desorientação; () Outro.....
- Dinheiro gasto em bebida? 21€ dia
- Quando foi o último consumo? 15 novembro 2007
- Já tentou parar de beber? (x) Sim; () Não.
- Período mais longo de abstinência? 1 ano

→ to processo suprimo p. ab. (suprimo da bebida)

- Já lhe aconteceu não se recordar do que fez quando bebe? Sim
- Que tipo de coisas tem dificuldade em recordar? do beber.

Auto-estima _____
 Outros (Identificar) _____

- Consome outras drogas? () Sim; () Não. Qual?
- Fuma? () Sim; () Não. Quantos cigarros/dia?



- Estado civil: viúva de facto N° de Filhos: 1
- Com quem vive? com filha e sogra.
- Que tipo de relacionamento tem com os seus filhos e esposa/marido? _____
- Quanto tempo passa com eles por dia? _____
- Quais as pessoas com quem se relaciona mais? _____
- Tem amigos íntimos? _____
- Se tivesse que pedir ajuda a quem o faria? _____
- Está empregado actualmente? _____
- Descreva um dia típico que passa em casa: _____

fus Paulo vive o relacionamento actual com Paula
 de facto.

Entrevista inicial	Data <u>11/11/08</u>	Medicação que está a tomar:
<p>→ Pouco motivado resposta</p> <p>→ Proposta: não se des e ler folheto e fazer 10 exercícios por semana.</p>		

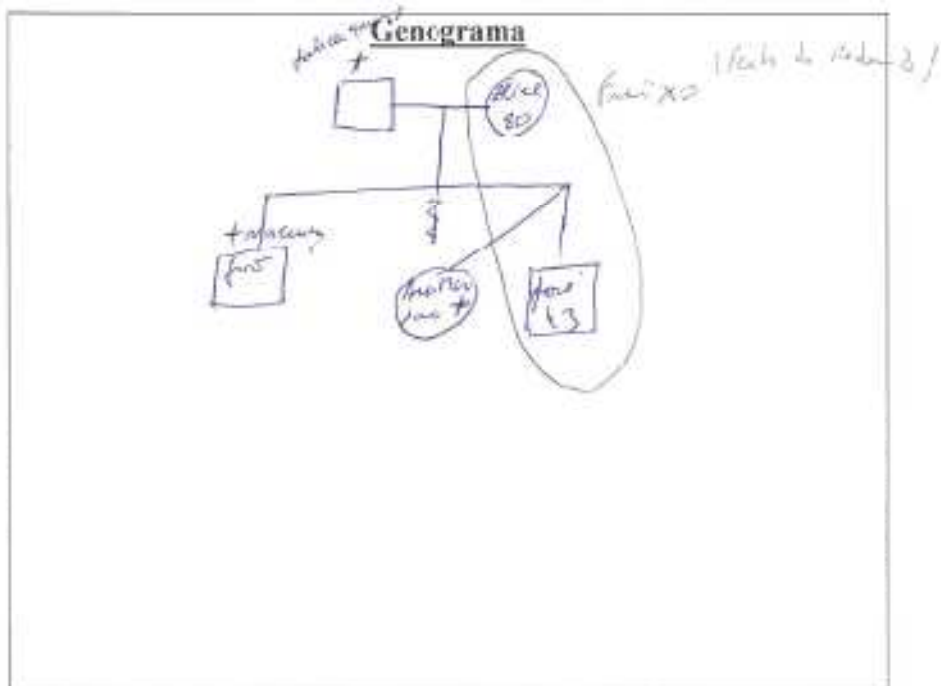
Encaminhamento: () Cons. médica; () Psicot. Indi.; () Psicot. de grupo; () Sessões psicoeducativas familiares; () Ter. familiar; () Internamento; () Outro

DATA	ENTREVISTA	PRESCRIÇÃO
12/11/08	Faltou	
19/2/08	Apresentou-se voluntariamente fornecendo a família Não comparece a terapia Não sabe sobre nenhuma data Medic = 34 → Absença na terapia	Não sabe até 29/4
29/4/08	Está a trabalhar. - Espera dig. de pouco tempo a família - Não sabe a frequência da terapia - Mantém alguns contactos familiares.	→ falar no caso o outro (ligante sobre o 2.º)
20/5/08	Faltou	

Anexo 6

Idade: 43 anos Data: 18/1/02
 Profissão: trabalha agrícola Data de Nascimento: 9/10/1964
 Escolaridade: 6ª Classe

- Quais as razões que o levaram a procurar ajuda? Sempre foi do médico de família e em caso de falta, foi para o Hospital e por debaixo da mesa.
- Quem o enviou? Sequinato por ele
- O que é que já fez? (intervenções terapêuticas anteriores) medic
- Nº de internamentos anteriores devido ao álcool? 0 Onde: —
- O que é que está a fazer neste momento? deixar a fazer
- O que identifica como problema? Esta situação toda de não sentir
- Há quanto tempo pensa que tem um problema com o consumo de bebidas alcoólicas? —
- O que é que espera de nós, deste programa? —
- Considera-se um alcoólico? —
- Sabe o que é o alcoolismo? —
- Que idade tinha quando teve o primeiro contacto com o álcool? ± 15 anos
- Porque começou a beber? () Curiosidade; () Influência dos amigos; () Timidez () Insegurança; () Publicidade; () Desorientação; () Outra.....
- Quais as bebidas preferidas? Vinho tinto
- Quantidade ingerida por dia? de manhã 1/2 vidro de vinho - 1/2 de tarde
- Locais e hábitos de consumo? em casa e no trabalho. 23, 25
- Em que momento do dia e situação ceseja mais uma bebida? —



- Estado civil: solteiro Nº de Filhos: —
- Com quem vive? Mãe
- Que tipo de relacionamento tem com os seus filhos e esposa/marido? —

Entrevista inicial	Data <u>5/1/2009</u>	Medicação que está a tomar:
→ não quer sair de casa → 3 anos. → 22/22		

Atenção 2008

→ não sabe

→ não tem tempo no café; ocupa-se noente

→ pobreza

→ mãe recusa quebras, muito confuso

Encaminhamento: () Cons. médica; () Psicot. Indiv.; () Psicot. de grupo; () Sessões ps. educativas familiares; () Ter. familiar; () Internamento; () Outro

DATA	ENTREVISTA	PRESCRIÇÃO
3/06/08	→ não sabe. → não sabe alguns meses, não entende a necessidade de saber. → A mãe muito controlada. → muito medroso.	→ está em contacto com a mãe. (sem verbas)
25/07/08	→ Anuncia → medroso. → muito → da mãe. → Vários momentos de mágoa. → não mostra-se muito satisfeito	→ medicação para a mãe a medicação de...
13/01/09	→ não sabe. → muita medicação para a mãe → não faz nada de mais, muito controlado	→ foi feita a prescrição positiva.
19/05/09	→ não sabe → muita medicação → não faz nada de mais, muito controlado. → não faz nada de mais, muito controlado. → não faz nada de mais, muito controlado.	→ A: 1.09/09 - tudo 58.
22/09/09	→ não sabe → muita medicação → o controlado da mãe	→ terminou o tratamento.