



e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

**MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

**Relatório Final de Estágio**

**Intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool em trabalhadores de uma  
câmara municipal da região de Trás-os-Montes**

Lícia Maria Batista Teixeira

Coimbra, janeiro de 2024





e s c o l a s u p e r i o r d e  
e n f e r m a g e m  
d e c o i m b r a

## **MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

### **Relatório Final de Estágio**

#### **Intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool em trabalhadores de uma câmara municipal da região de Trás-os-Montes**

Lícia Maria Batista Teixeira

Orientadora: Professora Doutora Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso,  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
para obtenção do grau de Mestre em  
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Coimbra, janeiro de 2024



## **AGRADECIMENTOS**

A realização de um relatório de estágio é sem dúvida um longo caminho a percorrer, que nos coloca à prova de diversas formas. É necessário superar obstáculos, desafios e incertezas.

Este desafio só foi possível graças ao apoio de diversos intervenientes, aos quais faço questão de agradecer.

Em primeiro lugar à professora Doutora Tereza Barroso, orientadora deste relatório de estágio, pela sua disponibilidade, pelo seu profissionalismo, rigor e excepcional capacidade de motivação. Sem o seu suporte não seria possível executar o desafio com sucesso.

A todos os trabalhadores da câmara municipal, que se voluntariaram e consumiram do seu tempo para participar no estudo.

Aos meus pais e irmão, pelo apoio ao longo desta caminhada.

Aos meus amigos e colegas, que contribuíram para o meu bem-estar, apoiando-me ao longo do processo.

A todos vós, fico grata.



## **LISTA DE SIGLAS**

**ACT-** Autoridade para as Condições do Trabalho

**APA-** *American Psychiatric Association*

**APC-** *Álcool Per Capita*

**AUDIT-** *Alcohol Use Disorders Identification Test*

**CAD-** Comportamentos Aditivos e Dependências

**CHUC-** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

**DALYs-** *Disability-adjusted life years*

**DGS-** Direção Geral de Saúde

**DSM-V-** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V*

**EESMP-** Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria

**ETVR-** Equipa de Tratamento de Vila Real

**GSRAH-** *Global Status Report on Alcohol and Health*

**IB-** Intervenções Breves

**JBI-** *Joanna Briggs Institute*

**OMS-** Organização Mundial de Saúde

**PAT-** Programa de Assistência aos Trabalhadores

**PLA-** Problemas Ligados ao Álcool

**PNRCAD-** Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências

**RMPJ-** Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

**SBIRT-** *Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment*

**SICAD-** Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

**SOCRATES-** *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale*

**TRC-** Técnica de Reestruturação Cognitiva

**UCCA-** Unidade de Cuidados na Comunidade de Alijó

**WHO-** *World Health Organization*

## RESUMO

O presente relatório de estágio insere-se no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e pretende espelhar duas partes essenciais: o percurso de desenvolvimento de competências na prática clínica (três contextos de estágio) e a elaboração do trabalho de investigação.

O estágio de natureza profissional em contexto hospitalar realizou-se em internamento, no serviço de psiquiatria mulheres, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, o estágio em contexto de comunidade decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Alijó e o estágio em contexto de respostas diferenciadas desenvolveu-se na Equipa de Tratamento de Vila Real. Nestes campos, foram implementadas intervenções, permitindo o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O consumo de bebidas alcoólicas é um problema de saúde pública. Em meio laboral, o consumo de álcool surge como fator influenciador para a diminuição do desempenho do trabalhador, aumentando o risco de acidentes, erros, atrasos, absentismo e podendo inclusive culminar no desemprego. Muitas vezes, um espaço laboral onde exista stress, salário baixo, entre outros, pode conduzir ao consumo de bebidas alcoólicas, pois a pessoa procura nos efeitos que advêm do álcool uma diminuição da sobrecarga emocional e do sofrimento mental.

O objetivo da componente de investigação é avaliar se as Intervenções Breves têm um efeito positivo na redução do consumo de risco e nocivo de bebidas alcoólicas, em trabalhadores de uma câmara municipal da região de Trás-os-Montes. Recorreu-se a um desenho de nível IV, de natureza quase-experimental, com avaliação antes e após com um único grupo. Foi implementado o protocolo *Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment* e utilizado como instrumento de avaliação o *Alcohol Use Disorders Identification Test*. As intervenções foram realizadas mediante o score obtido. A avaliação das intervenções foi realizada em *follow-up*, 6 meses depois.

As intervenções realizadas no estudo demonstraram um efeito clínico positivo na redução do consumo de álcool.

**Palavras-chave:** bebidas alcoólicas; intervenções breves; meio laboral; enfermagem

## **ABSTRACT**

This report is part of the Master's Course in Mental Health and Psychiatric Nursing at the Escola Superior de Enfermagem de Coimbra and aims to reflect two essential parts: the path of developing skills in clinical practice (three internship contexts) and the elaboration of the research component.

The professional internship in a hospital context took place in an inpatient setting, in the female psychiatry service, at the Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, the internship in a community context took place at the Alijó Community Care Unit and the internship in a response context developed in the Vila Real Treatment Team. In these fields, there were innovative interventions, allowing the development of common skills of specialist nurses and specific skills of specialist nurses in mental health and psychiatric nursing.

The consumption of alcoholic drinks is a public health problem. In the workplace, alcohol consumption appears as an influencing factor in reducing worker performance, increasing the risk of accidents, errors, delays, absenteeism and may even lead to unemployment. Often, a workspace where there is stress, low pay, among others, can lead to the consumption of alcoholic drinks, as the person seeks the effects that come from alcohol to reduce emotional overload and mental suffering.

The objective of the research component is to evaluate whether Brief Interventions have a positive effect on reducing risky and harmful consumption of alcoholic beverages in workers at a municipal council in the Trás-os-Montes region. A level IV design was used, of a quasi-experimental nature, with before and after evaluation with a single group. The Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment protocol was implemented and the Alcohol Use Disorders Identification Test was used as an assessment instrument. The subjects were carried out using the score obtained. The evaluation of the subjects was carried out in follow-up, 6 months later. The interventions carried out in the study demonstrated a positive clinical effect in reducing alcohol consumption.

**Keywords:** alcoholic drinks; brief interventions; workplace; nursing.



## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Níveis de resposta dada ao trabalhador dependente de álcool .....	68
<b>Figura 2</b> - Guideline após avaliação do nível de risco por score do AUDIT (Adaptado de Babor & Higgins-Biddle, 2001).....	81
<b>Figura 3</b> - Estágio de mudança e IB associada (adaptado de Babor & Higgins-Biddle, 2001; Sequeira & Sampaio, 2020) .....	83
<b>Figura 4</b> - Conteúdos que o AUDIT avalia .....	87



## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Característica sociodemográfica da amostra referente à idade .....	85
<b>Tabela 2</b> - Características sociodemográficas da amostra.....	85
<b>Tabela 3</b> - Teste Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da amostra, para a variável Score do AUDIT .....	90
<b>Tabela 4</b> - Caracterização dos comportamentos de saúde da amostra .....	91
<b>Tabela 5</b> - Caracterização da amostra quanto à frequência de quantidades de consumo de álcool.....	93
<b>Tabela 6</b> - Caracterização da amostra quanto às consequências do consumo de álcool....	95
<b>Tabela 7</b> - Relação da amostra antes e após a aplicação das Intervenções Breves, quanto ao tipo de consumo de bebidas alcoólicas.....	96
<b>Tabela 8</b> - Evolução da amostra relativamente ao nível de risco, antes e após intervenção .....	97
<b>Tabela 9</b> - Evolução da amostra relativamente à caracterização dos consumos antes e após intervenção.....	98
<b>Tabela 10</b> - Evolução da amostra relativamente aos sintomas de dependência e às consequências dos consumos antes e após intervenção .....	99



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>PARTE I - <i>CONTRIBUTOS DA TEORIA PARA A PRÁTICA</i></b> .....	23
<b>PARTE II - <i>CONTEXTOS DE ESTÁGIOS DE NATUREZA PROFISSIONAL</i></b> .....	27
<b>CAPÍTULO 1 – CONTEXTO HOSPITALAR- SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE ADULTOS COM PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA AGUDA</b> .....	27
1.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA A- MULHERES, DO CHUC .....	27
1.2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	27
1.3. APRENDIZAGENS/REFLEXÕES EM CONTEXTO HOSPITALAR .....	33
<b>CAPÍTULO 2 – CONTEXTO DE COMUNIDADE- UCCA</b> .....	35
2.1. CARACTERIZAÇÃO DA UCCA .....	35
2.2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	35
2.3. APRENDIZAGENS/REFLEXÕES EM CONTEXTO DE COMUNIDADE.....	43
<b>CAPÍTULO 3 – CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS- ETVR</b> .....	45
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA ETVR .....	45
3.2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS .....	45
3.3. APRENDIZAGENS/REFLEXÕES EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS.....	53
<b>PARTE III - <i>COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM “INTERVENÇÕES BREVES NO USO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL EM TRABALHADORES DE UMA CAMARA MUNICIPAL DA REGIÃO DE TRÁS-OS-MONTES”</i></b> .....	55
<b>CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	55
1.1 INTRODUÇÃO .....	55

1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	57
1.2.1. Álcool e padrões de consumo .....	57
1.2.2. O consumo de álcool: breve história e evolução sociológica .....	60
1.2.3. O consumo de álcool como problema em Portugal e no mundo.....	61
1.2.4. O consumo de álcool e o meio laboral.....	63
1.2.5. Políticas de intervenção em meio laboral .....	65
1.3. INTERVENÇÕES BREVES PARA O CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS .....	69
1.3.1. Conceito de intervenções breves .....	69
1.3.2. Protocolo de intervenções breves e a sua eficácia .....	74
1.3.3. Evidência da eficácia das intervenções breves em meio laboral.....	75
<b>CAPÍTULO 2 – ESTUDO EMPÍRICO .....</b>	<b>79</b>
2.1. EFEITO DAS INTERVENÇÕES BREVES NOS TRABALHADORES DE UMA CAMARA MUNICIPAL DA REGIÃO DE TRÁS-OS-MONTES.....	79
2.1.1 Introdução.....	79
2.1.2. Metodologia .....	80
2.1.2.1. Tipo de estudo.....	80
2.1.2.2. Operacionalização das variáveis em estudo .....	81
2.1.2.3. Participantes.....	85
2.1.2.4. Instrumentos de colheita de dados .....	86
2.1.2.5. Procedimentos éticos e formais .....	88
2.1.2.6. Procedimentos de análise de dados.....	90
2.1.3. Resultados .....	90
2.1.4. Discussão .....	01
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>107</b>

**REFLEXÃO FINAL.....111**

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....113**

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I** - Planos de sessão e grelhas de avaliação sessões psicoeducação

**APÊNDICE II** - Plano de sessão e grelha de avaliação- Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

**APÊNDICE III** - Ficha de leitura- Reestruturação Cognitiva

**APÊNDICE IV** - Planos das sessões Reestruturação Cognitiva

**APÊNDICE V** - Ficha do medicamento

**APÊNDICE VI** - Estudo de caso

**APÊNDICE VII** - Proposta de intervenção câmara

**APÊNDICE VIII** - Consentimento informado

**APÊNDICE IX** - Questionário de estilos de vida

**APÊNDICE X** - Folheto para preenchimento de dados

**APÊNDICE XI** - Jogo tipo “Quiz”

**APÊNDICE XII** - Proposta de intervenção escola

**APÊNDICE XIII** - Questionário estilos de vida contexto respostas diferenciadas

**APÊNDICE XIV** - Panfleto estilo de vida e saúde mental

**APÊNDICE XV** - Análise dos estudos

**APÊNDICE XVI** - Autorização do estudo pela Câmara Municipal

**APÊNDICE XVII** - Parecer comissão de ética Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**APÊNDICE XVIII** - Guião das intervenções a realizar

**APÊNDICE XIX** - Folheto “Álcool e limites”

## **ANEXOS**

**ANEXO I** - Panfleto “Guia para um consumo de baixo risco”



## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, prevê-se a realização de um relatório de estágio onde se espelhe o percurso de desenvolvimento de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) sempre de forma reflexiva, bem como a pesquisa, o trabalho desenvolvido ao longo do estágio e a elaboração do trabalho de investigação.

A elaboração do presente relatório tem como objetivos primordiais:

Refletir de forma crítica sobre o processo de ensino-aprendizagem; Mobilizar os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos no domínio das metodologias de investigação em enfermagem na área da especialização em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; Utilizar um discurso próprio da disciplina, com rigor científico, comunicando as conclusões, conhecimentos e raciocínios, de forma clara e sem ambiguidades; e Elaborar um relatório centrado na aquisição de competências profissionais especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica descrevendo as intervenções em situações complexas, nos diversos contextos de estágio realizados e inclua o projeto de estudo, respeitando os elementos fundamentais de um relatório de investigação (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2022, p. 9).

Neste sentido, a capacidade de reflexão pode incluir-se nesta unidade de competência, uma vez que exige de um enfermeiro que este tome consciência de si mesmo, o que permite melhorar a relação terapêutica estabelecida e as intervenções desenvolvidas.

Também de acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Saúde Mental (Regulamento nº 356/2015 de 25 de junho, 2015), a especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental engloba a mobilização de si mesmo como instrumento terapêutico e para tal, é necessário que o enfermeiro seja capaz de refletir sobre si próprio e sobre as suas práticas.

O percurso de aquisição de competências desenvolveu-se em três cenários de aprendizagem distintos. O estágio de natureza profissional em contexto hospitalar (com a execução de 175 horas em campo) realizou-se em internamento, no serviço de psiquiatria mulheres, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), o estágio em contexto de comunidade (com a execução de 247 horas em campo) decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade de Alijó (UCCA) e o estágio em contexto de respostas diferenciadas (com a execução de 158 horas em campo) desenvolveu-se na Equipa de Tratamento de Vila Real (ETVR).

Podem diferenciar-se os contextos no sentido de que o primeiro e o terceiro assentam na base do tratamento da doença mental, enquanto o segundo estágio assenta na promoção da saúde e prevenção da doença mental.

A realização deste Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica surge pela necessidade de completar a parte de especialidade que o curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria terminado em 2021 não me conferiu.

Assim, e com as creditações obtidas, não existiu necessidade de repetir o estágio em contexto hospitalar, portanto, aquele ao qual me irei referir ao longo do presente relatório, foi realizado no ano de 2018.

Quanto à componente de investigação em enfermagem do presente curso de mestrado, foi realizado um estudo de natureza quase-experimental, com avaliação antes e após com um único grupo, intitulado “Intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool em trabalhadores de uma camara municipal da região de Trás-os-Montes”.

O referido estudo pretende dar resposta à seguinte hipótese de investigação “Os indivíduos sujeitos às Intervenções Breves apresentam uma evolução positiva quanto aos níveis de risco do consumo de álcool”.

De ressaltar que no curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiatria concluído anteriormente, foi realizada a mesma intervenção num diferente contexto (com trabalhadores de um serviço de transportes urbanos). Assim, pretendeu-se avaliar o resultado da mesma intervenção numa população diferente.

Estruturalmente este relatório está organizado em três partes, a primeira parte faz referência aos “contributos da teoria para a prática”, a segunda parte “contextos de estágios de natureza profissional” inclui três capítulos: estes espelham os três contextos

de estágio, as atividades desenvolvidas nos mesmos, as dificuldades sentidas e os sentimentos vivenciados.

A terceira parte refere-se à “componente de investigação em enfermagem”. Esta, encontra-se organizado em dois capítulos fundamentais: a primeira, que consiste na “fundamentação teórica”, é constituída pela contextualização da problemática do consumo de álcool e descrição das Intervenções Breves (IB), bem como o protocolo existente para a utilização das mesmas e a evidência científica existente acerca da sua eficácia. A segunda, que é constituída pelo “estudo empírico” e da qual faz parte a descrição do mesmo, a sua metodologia, os resultados, a discussão e a conclusão.

Por último, apresenta-se uma reflexão final do relatório de estágio.



## **PARTE I - CONTRIBUTOS DA TEORIA PARA A PRÁTICA**

A enfermagem foi sofrendo transformações ao longo do tempo. Desde 1950 até hoje, o pensamento teórico foi progredindo por diversas fases. Queirós (2011), refere que surge a primeira fase “entre 1950 e 1960, fase da declaração da independência. A segunda fase, de 1970 até o início de 1980, como a fase formativa. A terceira fase, a partir de meados da década de 1980 até o final do século XX, como a fase reformativa e por último, a primeira década do século atual, como a fase de diversificação” (p.14).

O mesmo autor refere que na primeira fase a enfermagem se baseia na relação enfermeiro-utente e nos problemas dos utentes. Surgem nesta altura ideias de alguns teóricos, como Virginia Henderson (1955) e Levin (1966), no âmbito das Necessidade Humanas Fundamentais.

Na segunda fase, Queirós (2011), explica que se pretendeu criar conhecimento organizado e foram criadas grandes teorias procurando a investigação empírica, surgindo alguns autores como Martha Rogers (1970), Callista Roy (1970), Dorothea Orem (1971) entre outros. Estes autores fornecem-nos perspectivas a partir das quais, devem ser entendidos e estudados os utentes.

Numa terceira fase, desenvolveu-se conhecimento a nível conceptual, empírico e teórico de várias orientações filosóficas. Na quarta fase, a enfermagem é vista como uma disciplina científica que deve delinear a sua natureza específica como uma “ciência humana na prática” (Kim, 2010), distinguindo-se assim das restantes ciências naturais, sociais e humanas.

As teorias são a chave para a compreensão científica dos fenómenos empíricos (...). Uma teoria é então destinada a proporcionar uma compreensão mais profunda, apresentando esses fenómenos como manifestações de certos processos subjacentes, regidos por leis características que explicam, e geralmente corrigem e refinam, as generalizações previamente estabelecidas (Hempel como referido por Kim, 2010, p.267).

Foram surgindo com o passar do tempo, várias teorias, bem como novas visões e novos contributos para a enfermagem. Relembremos Florence Nightingale, pioneira da enfermagem, que desenvolveu a teoria ambientalista na segunda metade do século XIX, em Inglaterra. Uma outra grande teórica e que enormemente contribuiu para uma visão da enfermagem numa outra perspetiva, foi Afaf Ibrahim Meleis.

O desenvolvimento da Teoria das Transições por Meleis, iniciou-se em meados da década de 1960 e em 1985 descreveu a transição como um conceito para a enfermagem. Para Meleis, a transição consiste em “passar de uma condição estável para outra condição estável, que requer por parte do indivíduo, a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição do *self*” (Guimarães & Silva, 2016, p.1).

O interesse de Meleis, aquando da sua investigação seria que as intervenções de enfermagem pudessem facilitar o processo de transição e auxiliar as pessoas que não conseguiam realizar essas transições de forma saudável. Cada pessoa, na sua singularidade, percebe de maneira diferente e atribui diferentes significados aos processos de transição.

“As transições podem ser do tipo desenvolvimental (...), situacional (...), saúde/doença (...) e organizacional” (Guimarães & Silva, 2016, p.2).

Segundo o mesmo autor, estas podem ainda ser simples, quando existe uma única transição, ou complexa quando existem várias. Podem ser sequenciais, ou seja, ao longo do tempo ou simultâneas, quando decorrem ao mesmo tempo.

O conhecimento prévio da pessoa e a preparação para uma dada transição, facilita esse processo, ao invés da falta de conhecimento e de preparação, que a dificulta.

Com o objetivo de obter um processo de transição saudável, na perspetiva da enfermagem, o enfermeiro precisa conhecer o desenvolvimento do indivíduo e da sua família no decorrer do seu ciclo vital. As intervenções de enfermagem podem ser entendidas como uma ação continua no decorrer da transição. O enfermeiro deve proporcionar conhecimento e capacidade, com o objetivo de obter respostas positivas, capazes de restabelecer a sensação de estabilidade (Guimarães & Silva, 2016).

É essencial na prática de enfermagem compreender a importância da Teoria das Transições de Meleis e colocá-la em prática na prestação de cuidados, uma vez que as pessoas passam por variadíssimas transições, de todos os tipos, ao longo da sua vida.

Assim, esta teoria revelou-se importante ao longo dos vários contextos de estágio, pois existiu a necessidade de colocar em práticas as competências específicas do EESMP para auxiliar os utentes nos seus processos de transição.

Foi possível acompanhar vários processos de transições, como por exemplo, do tipo:

- Saúde/doença, quando existiu um diagnóstico de uma doença mental e surge a necessidade da criação de estratégias de *coping*;
- Situacional, quando existe o falecimento de um familiar e se passa por um processo de luto patológico;
- Organizacional, quando existe uma mudança no ambiente social, económico ou alteração das dinâmicas organizacionais, como o início de um tratamento de desabitação em que é necessário desprender-se de hábitos e muitas vezes de um ambiente que possa dificultar todo o processo;
- Desenvolvimental, como o período da adolescência, no qual o jovem passa por diversas transições e vivencia inúmeras transformações tanto a nível biológico, físico e psicológico (Sousa, K., 2017). É nesta fase também que ocorrem as experiências e é necessário aumentar a literacia dos jovens, para que estes possam fazer escolhas mais acertadas durante o processo.

Podemos constatar por fim, que os enfermeiros, segundo Meleis (2010), são os profissionais que mais tempo passam com as pessoas que se encontram em processo de transição e que estão numa posição privilegiada para ajudar as mesmas.



## **PARTE II - CONTEXTOS DE ESTÁGIOS DE NATUREZA PROFISSIONAL**

### **CAPÍTULO 1 – CONTEXTO HOSPITALAR- SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE ADULTOS COM PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA AGUDA**

O estágio em contexto hospitalar, foi realizado na unidade de Psiquiatria A- Mulheres do CHUC, entre 17 de setembro e 9 de novembro de 2018.

#### **1.1. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE PSIQUIATRIA A- MULHERES, DO CHUC**

Esta unidade era composta por uma parte de internamento e uma de consultas externas. A unidade de internamento possuía a lotação máxima de 27 camas, que acolhia utentes do sexo feminino com idade superior a 18 anos, com perturbações mentais em fase aguda, provenientes do serviço de urgência, da consulta externa, transferência inter-hospitalar ou internamento compulsivo.

A equipa de enfermagem utilizava o método individual de trabalho e de enfermeiro de referência. Este método revela-se interessante pois permite criar uma relação terapêutica contínua entre o utente e o enfermeiro, sendo que o enfermeiro é responsável pela “planificação, administração e coordenação dos cuidados de enfermagem ao doente durante todo o internamento” (Rego & Coelho, 2016, p.70). Assim, é possível prestar cuidados numa perspetiva de continuidade, culminando em ganhos em saúde para o utente.

#### **1.2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Durante o estágio em contexto hospitalar foi possível observar o grande número de utentes com perturbações do humor (à data do estágio, estavam internadas 7 utentes com perturbação afetiva bipolar e 6 com depressão, que juntas, perfazia 50% do número total de utentes internadas).

As intervenções psicoterapêuticas implementadas, foram prescritas em função da avaliação clínica realizada, para dar resposta ao diagnóstico de enfermagem identificado.

Ao longo deste relatório irá ser feita referência, quer aos diagnósticos de enfermagem formulados assim como as intervenções psicoterapêuticas prescritas e a respetiva operacionalização dos processos.

De seguida, apresento os objetivos do referente estágio e as respetivas atividades/intervenções desenvolvidas.

**Implementar intervenções psicoterapêuticas e sócio-terapêuticas, individuais e em grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.**

Para a concretização deste objetivo, foram delineadas várias intervenções, direcionadas à pessoa, família e comunidade. Assim, ao longo do estágio foram planeadas, elaboradas e executadas várias técnicas psicoterapêuticas.

A intervenção psicoterapêutica pode ser definida como “a execução informada e intencional de técnicas de psicoterapia, tendo como objetivo assistir o utente na modificação positiva dos seus comportamentos, cognições emoções e/ou outras características pessoais” (Sampaio, Sequeira & Lluch-Canut, 2020, p. 171).

Durante o estágio foram realizadas intervenções psicoterapêuticas no âmbito do relaxamento muscular progressivo, realizadas sessões de psicoeducação, planeadas e executadas sessões da técnica de reestruturação cognitiva e ainda foram concretizadas atividades de ocupação terapêutica.

Contudo, importa referir que à quinta semana de estágio o serviço teve imposta a necessidade de mudar de instalações, por isso, algumas atividades necessitaram de ser adaptadas à nova realidade pois as instalações não permitiam a sua execução.

Sessões de psicoeducação:

Após a identificação do conhecimento não demonstrado acerca de vários temas, foram planeadas seis sessões de psicoeducação ao longo do estágio. Estas, encontravam-se divididas em: duas acerca da “alimentação saudável”, duas acerca do “sono e repouso” e duas acerca da “atividade física”.

Os objetivos específicos das respetivas intervenções orientaram-se para o reconhecimento de bons hábitos alimentares/ de sono/ de atividade física, com a finalidade de promover hábitos de vida saudáveis e a otimização da saúde mental.

De todas as sessões programadas, apenas não foi possível realizar uma, no âmbito da “atividade física”. Esta sessão seria executada no exterior, pelo que as condições climatéricas não permitiram a sua execução. Assim, considera-se que o objetivo foi concretizado quase na totalidade.

Em todas as sessões dinamizadas participaram um número máximo de 5 pessoas (exceto na primeira de “atividade física”, na qual participaram 6 pessoas). Foi possível avaliar conhecimentos adquiridos, participação das utentes, atenção dispensada, concentração e ainda existiu um espaço onde estas puderam manifestar a sua opinião acerca da sessão (planos de sessão e grelhas de avaliação em apêndice I). De forma geral, as utentes demonstraram entusiasmo em participar e referiram terem sido úteis para aumentar o seu conhecimento acerca da temática.

#### Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (RMPJ):

O relaxamento, pode ser reconhecido como “um estado de consciência, através do qual se obtêm sensações agradáveis e se afastam pensamentos perturbadores ou geradores de *stress*” (Coelho & Sousa, 2020, p.202).

Estes autores, referem ainda como objetivos primordiais do relaxamento, três: prevenir as consequências fisiológicas do *stress*; alívio do stress e das suas consequências fisiológicas; e a aprendizagem de competências mentais para lidar com o *stress*.

Existem vários tipos de relaxamento, no entanto, o selecionado para intervenção foi o RMPJ. Com este, pretende-se que o utente consiga proporcionar a si próprio, através da contração/descontração dos vários grupos musculares, um relaxamento progressivo. Esta técnica demonstrou-se eficaz no tratamento da ansiedade (Coelho & Sousa, 2020).

No início do estágio, programaram-se 10 sessões de RMPJ (plano de sessão em apêndice II), no entanto, apenas foram desenvolvidas 4 sessões. Devido à necessidade de mudar de instalações (como já referido) não foi possível dar continuidade às mesmas, pois seria necessário um espaço acolhedor, com condições de ruído e luminosidade adequadas, de forma a permitir uma abstração do exterior (na nova realidade não se verificaram estas condições). Desta forma, abordarei apenas as sessões realizadas.

O RMPJ é uma atividade frequentemente implementada no serviço e as utentes solicitadas para a realização da mesma, participam com gosto. O RMPJ foi aplicado a utentes com diagnóstico de enfermagem de “autocontrolo ansiedade não demonstrado”. Algumas destas utentes não foram capazes de seguir todas as instruções dadas durante as sessões

(principalmente na 1ª sessão em que participavam) e acabavam por perder o foco da sua atenção em algum momento. Porém, no decorrer de cada sessão, foram orientadas para estabelecer novamente a sua atenção ativa e todas participaram até ao final.

Foi visível que com o decorrer das sessões, as utentes que participavam repetidamente nas mesmas, passaram a demonstrar uma maior atenção ativa e concentração.

Globalmente, a finalidade da intervenção foi alcançada com sucesso, proporcionando às doentes momentos de bem-estar e relaxamento.

#### Técnica de Reestruturação Cognitiva (TRC):

Ao nível da intervenção cognitiva, a mais utilizada frequentemente e a mais conhecida é a TRC. Esta, deriva da terapia cognitiva de Beck e da terapia racional emotiva de Ellis. A TRC pretende “identificar interpretações negativas e irrealistas de um evento e substituí-las por interpretações mais realistas (...) é aplicada a pensamentos negativos irrealistas-pensamentos disfuncionais, erros cognitivos e algumas crenças” (Santos, Gonçalves, Sequeira & Curto, 2020, p.186).

Para a execução da técnica de TRC foram necessárias várias pesquisas acerca da temática, bem como da planificação das sessões. Para uma melhor compreensão da técnica recorri ao material fornecido nas aulas teóricas, à obra de Paulo Knapp sobre “Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica” e ainda à evidência científica existente acerca da mesma (realização de ficha de leitura acerca dos resultados já demonstrados com esta terapia bem como da sua eficácia, em apêndice III).

Programou-se a aplicação da TRC a duas utentes com diagnóstico de enfermagem de “tristeza”. Foram realizadas 5 sessões a cada utente selecionada, sendo que a primeira aplicação da técnica foi realizada com alguma dificuldade. Esta dificuldade deveu-se à minha inexperiência na sua execução e à falta de uma planificação mais detalhada e específica, que pudesse contribuir para a sua aplicação na prática de forma mais facilitadora. A segunda aplicação decorreu de forma mais organizada e efetiva.

A primeira utente à qual apliquei a TRC apresentou-se disponível para a entrevista (selecionada também para a realização do caso clínico), demonstrando um fâcies triste e choro fácil, quando abordadas questões orientadas para a sua situação de vida nos últimos 6 meses (período em que existiu agravamento da sintomatologia depressiva).

A utente envolveu-se ao longo das entrevistas, participando ainda nas atividades programadas, bem como nas sessões de relaxamento.

Durante a realização das 5 sessões programadas, foi explicado à utente em que consistia a TRC e incentivada a identificar pensamentos automáticos negativos, bem como a crença associada aos mesmos. De seguida, identificou-se com a utente, pensamentos alternativos e foi incentivada a utilizar estes no seu dia-a-dia.

A utente encontrava-se bastante negativista e ainda numa fase inicial de internamento. Conseguiu reconhecer os pensamentos automáticos negativos e os respetivos pensamentos alternativos, contudo, na continuidade das sessões, não conseguiu efetivar o seu uso no dia-a-dia.

A segunda utente à qual foi aplicada a TRC encontrava-se disponível para a entrevista, demonstrando fâcias triste e discurso negativista quando abordadas questões relativamente ao tempo de cuidadora da sua filha com paralisia cerebral e posteriormente a sua morte. Demonstrava tristeza e verbalizava “não ter sido uma boa mãe” e que poderia ter “feito mais” à sua filha.

Durante a realização das sessões, foi seguida a mesma linha orientadora da primeira aplicação. Nesta utente foi visível uma melhoria do seu humor, demonstrando-se participativa e interessada ao longo das mesmas. Conseguiu, através da demonstração de evidências reais, reconhecer que existiram aspetos que poderiam ter sido efetivamente melhorados, contudo, apesar de todos os imprevistos, conseguiu ser uma boa mãe.

Foi incentivada a utilizar os pensamentos alternativos aos pensamentos automáticos negativos e com o decorrer das sessões, conseguiu efetivar esses pensamentos alternativos e utilizá-los no seu dia-a-dia (percebido através da sua própria verbalização).

Com este objetivo pude aprofundar conhecimentos à cerca desta técnica, bem como desenvolver a minha capacidade de comunicação e adaptar estratégias de forma individual. Os planos das sessões encontram-se em apêndice IV.

### **Colaborar na elaboração e coordenação de planos de cuidados individuais, assegurando a continuidade de cuidados**

Relativamente à concretização deste objetivo, foi concretizado parcialmente. Consegui acompanhar o processo de admissão no serviço de três utentes (ultrapassando o que tinha

inicialmente estabelecido), realizando a sua entrevista inicial, colhendo dados pertinentes para a elaboração dos planos de cuidados individualizados de cada uma destas, discutindo sempre aspetos importantes com a enfermeira tutora/responsável por cada turno.

Acompanhei ainda o processo de preparação para a alta de duas utentes, focando-me em aspetos como a gestão do regime medicamentoso (onde incluí as aprendizagens da ficha do medicamento que consta em apêndice V), o seguimento em consulta no pós-alta e o apoio à família.

Foi ainda elaborado um estudo caso de uma utente (apêndice VI). Os estudos de caso têm vindo a ser utilizados desde há muito tempo na área da enfermagem como sendo um método detalhado de colheita de dados acerca de uma pessoa, família e/ou comunidade.

Através deste é possível observar, perceber e analisar de uma forma holística a pessoa, família e/ou comunidade, adquirindo conhecimento e experiência suficiente para identificar os problemas existentes (levantamento de diagnósticos de enfermagem) e posteriormente delinear-se intervenções a realizar com base nos mesmos (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Assim, foi realizada a colheita de dados, identificados os diagnósticos de enfermagem, delineadas intervenções específicas a implementar e foram ainda avaliadas as mesmas.

Os diagnósticos de enfermagem identificados foram: risco de tentativa de suicídio, tristeza, insónia inicial. As intervenções de enfermagem delineadas e executadas resultaram em ganhos em saúde para a utente.

Assim e finalizando a descrição das intervenções em contexto hospitalar é importante referir que ao longo da implementação de todas as intervenções mencionadas anteriormente se pretendeu criar uma relação de confiança com as utentes.

Demonstrou-se empatia, disponibilidade, manteve-se o contacto visual, esteve-se atento à comunicação não verbal e ao tempo que as próprias necessitavam para compreender o que lhes era dito antes de responder e foram ainda encorajadas a exprimir emoções e pensamentos.

Segundo Coelho e Sequeira (2020), as características referidas fazem parte da técnica psicoterapêutica “escuta ativa”, sendo que desta forma é muito mais do que apenas “ouvir”.

A planificação das intervenções, bem como da sua execução e avaliação, foram relevantes para mim, ajudando-me a desenvolver competências de EESMP.

### 1.3. APRENDIZAGENS/REFLEXÕES EM CONTEXTO HOSPITALAR

Ao longo do estágio tive a oportunidade de realizar diversas reflexões sobre várias temáticas. Fui orientada de forma a desenvolver o raciocínio crítico, com planeamentos estruturados e organizados, de forma a consolidar conhecimentos e competências do EESMP. Neste contexto específico foi possível assistir a pessoa na otimização da saúde mental, ajustar dinâmicas tendo em conta a mudança física do local de estágio e prestar cuidados psicoterapêuticos, socioterapêuticos (englobando a família) e psicoeducacionais.

Consegui desenvolver atividades especializadas, com por exemplo: sessões de psicoeducação; RMPJ; TRC; e ainda a colaboração e coordenação de planos de cuidados individuais, assegurando a continuidade de cuidados.

Globalmente, consegui superar as dificuldades, concluir o estágio e enriquecer-me enquanto pessoa e enquanto EESMP.



## **CAPÍTULO 2 – CONTEXTO DE COMUNIDADE- UCCA**

O estágio realizado em contexto de comunidade, decorreu na UCCA, no período de 26 de setembro a 16 de dezembro de 2022.

### **2.1. CARACTERIZAÇÃO DA UCCA**

A UCCA iniciou atividade no ano de 2013 e tem como missão prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, ou doença que requeira acompanhamento próximo e atuar ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente à equipa de enfermagem, esta é constituída por 6 enfermeiros, que integram projetos nas áreas da saúde mental e psiquiatria, saúde materna e obstétrica, saúde infantil e juvenil e saúde do adulto e do idoso.

### **2.2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

A assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental é uma competência específica do EESMP. Neste sentido, o Estágio em Enfermagem de Saúde Mental e Comunitária constituiu uma oportunidade essencial para o desenvolvimento das competências nesta área.

Assim, com base no Regulamento das Competências do EESMP, no Programa Nacional para a Saúde Mental, nas evidências científicas mais recentes e nos projetos e prioridades da UCCA, e tendo em conta os objetivos gerais do Estágio, definiram-se objetivos específicos de aprendizagem. Desta forma, considerou-se pertinente a intervenção em dois contextos: no contexto laboral e no contexto escolar.

De acordo com o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, as doenças crónicas não transmissíveis (nas quais se incluem as perturbações da saúde mental, como a depressão), constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades mais desenvolvidas.

Muitos dos fatores etiológicos entre estas doenças são comuns e 4 encontram-se relacionados com os estilos de vida individuais. Fatores como o consumo de substâncias como o tabaco e o álcool, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, problemas de sono e má gestão do stress são considerados os principais fatores implicados na origem de diversos problemas de saúde, nomeadamente da área da saúde mental (Direção-Geral da Saúde, 2004).

Em Portugal, de acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2018), em indivíduos com mais de 15 anos, existia em média, um consumo de 12,3 litros de álcool puro por pessoa, no ano de 2016. Se apenas se considerassem os consumidores de bebidas alcoólicas, estes valores subiriam para 17,8 litros de álcool puro por pessoa, no ano de 2016 (25,4 litros nos homens e 8,7 litros nas mulheres). O consumo de álcool, para além de um problema de saúde, é reconhecido como um grande problema social.

Consta no Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (PNRCAD) elaborado pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2013), a existência de vários contextos de intervenção ao nível dos Problemas Ligados ao Álcool, nomeadamente, o meio comunitário, familiar, escolar, recreativo, laboral, rodoviário, prisional e o meio desportivo.

Focando a atenção no meio laboral, sabe-se que os problemas ligados ao álcool em contexto laboral, constituem um problema de grandeza significativa, com consequências na saúde dos trabalhadores, na sua segurança e das empresas, no absentismo e na produtividade.

O consumo de bebidas alcoólicas durante o período laboral surge muitas vezes, associado às condições de trabalho (SICAD, 2014). Estas condições, acabam por influenciar negativamente os funcionários das empresas, alterando a sua capacidade psicológica, a sua motivação e por sua vez, interferir no seu desempenho.

Estes dados, remetem-nos para a emergente necessidade de intervir sobre o meio laboral. É essencial assentar na prevenção e implementar intervenções mediante o risco. Assim,

intervir precocemente sobre estes determinantes de saúde, e especificamente em meio laboral, apresenta-se como prioritário para o EESMP, na medida em que pode contribuir para a promoção da saúde e prevenção da doença, com ganhos significativos individuais e para a sociedade em geral.

Um outro contexto de intervenção foi o meio escolar.

A adolescência é um período no qual o jovem passa por diversas transições e vivencia inúmeras transformações tanto a nível biológico, físico e psicológico (Sousa, K., 2017). É nesta fase que ocorrem as experiências e em alguns casos “tornam-se particularmente desestabilizadoras, causando sofrimento psíquico e determinando uma vulnerabilidade acrescida para a exposição ao abuso de substâncias, como é o caso do álcool” (Rosa, A. Loureiro, L. Sequeira, C., 2018. p.32).

As evidências têm demonstrado que padrões de consumo de álcool mais graves, iniciaram o mesmo em idades mais precoces. Na idade jovem, o sistema biológico não está ainda suficientemente desenvolvido para degradar do álcool de forma eficaz, podendo deste modo resultar em danos cerebrais e cognitivos (Moutinho, L. 2018).

Neste sentido, são essenciais intervenções que promovam a literacia em saúde mental dos jovens e que possam reduzir o impacto do risco resultante dos consumos, bem como retardar o início dos mesmos (PNRCAD, 2013).

O EESMP assume, assim, um papel privilegiado nesta área uma vez que no seu regulamento de competências específicas se preconiza que assista a pessoa ao longo do ciclo de vida na otimização da saúde mental, fornecendo antecipadamente orientações aos clientes para promover a saúde mental e prevenir ou reduzir o risco de perturbações mentais (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Desta forma, consideramos que a articulação com a enfermagem de saúde escolar é de extrema importância, tornando-se assim pertinente a intervenção e colaboração nas intervenções realizadas pela UCCA neste contexto.

De seguida, apresento os objetivos do referente estágio e as respetivas atividades/intervenções desenvolvidas.

**Implementar intervenções psicoterapêuticas e sócio-terapêuticas, individuais e em grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e**

**às transições.**

Para a concretização deste objetivo foram planeadas e executadas ao longo do estágio, entrevistas formais (individuais), de forma a utilizar esses momentos para reconhecer as necessidades da pessoa/grupo, com o objetivo de delinear intervenções e implementá-las, especificamente no contexto laboral e no contexto escolar.

Foram implementadas sessões de psicoeducação em grupo, nomeadamente no contexto escolar, onde foi abordada a questão do consumo de álcool.

### **Implementar intervenções num contexto laboral, no âmbito do projeto “Saúde sem Reservas”, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.**

Este objetivo foi formulado devido à pertinência de intervir num contexto específico, nomeadamente no contexto laboral. O ambiente de trabalho é cada vez mais utilizado como um espaço para a promoção da saúde, não sendo apenas utilizado com o objetivo de evitar doenças e acidentes.

A promoção da saúde mental e do bem-estar, mais especificamente, é essencial no contexto de um mercado globalizado e competitivo e no qual apenas as forças de trabalho saudáveis, qualificadas e motivadas podem vingar.

O projeto designado “Saúde sem Reservas”, tem como principal objetivo a avaliação dos comportamentos de saúde relacionados com os estilos de vida e o desenvolvimento de intervenções em função dos níveis de risco identificados e/ou o encaminhamento para unidades de saúde sempre que necessário.

Para a execução deste objetivo, foi escolhido o contexto dos trabalhadores de uma câmara municipal da região de Trás-os-Montes. Primeiramente foi estabelecido o contacto com a Sra. Vereadora da saúde da câmara, à qual foi apresentada a proposta de intervenção (apêndice VII), em articulação com a UCCA. De seguida, foi submetida a proposta ao Sr. Presidente da câmara.

Após aceitação por parte deste, foram realizadas entre os dias 2 e 8 de novembro de 2022, 55 entrevistas individuais, devidamente autorizadas (através de consentimento informado, constando em apêndice VIII), nas quais foi mantida a confidencialidade dos participantes.

Foi aplicado um questionário de estilos de vida (apêndice IX), que integrou diversas questões relacionadas com a saúde e comportamentos de saúde, nomeadamente alimentação, prática de exercício físico, hábitos de sono, uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas e a própria gestão do stress no seu emprego/vida quotidiana e a aplicação do AUDIT.

Após análise do questionário aplicado, verificou-se que dos 55 entrevistados, 22 eram do sexo feminino e 33 do sexo masculino. A amostra tem uma média de idades de 48,9 anos, sendo que do número total de participantes, 94,5% vivem com a sua família e 3,6% vivem sozinhos. Relativamente à escolaridade, a maioria dos trabalhadores (30,9%) completou o 12º ano. Dos restantes trabalhadores, 23,6% possui uma licenciatura, 14,5% possui o 6º ano, 12,7% completou o 4º ano, 12,7% completou o 9º ano e 5,5% possui mestrado.

No que aos estilos de vida diz respeito, foi possível constatar que 38,2% do total de entrevistados apresenta um índice de massa corporal considerado saudável, 40% apresentam sobrepeso, 7,3% enquadram-se num índice de obesidade grau I, 7,3% obesidade grau II, 5,5% de magreza e 1,8% obesidade grau III. Esta amostra faz, em média, 4,1 refeições por dia.

Relativamente à prática de exercício físico, observou-se que 41,8% praticam exercício físico de forma regular. Destes, 14,5% praticam 7 vezes por semana, 9,1% praticam 4 vezes por semana, 7,3% 1 vez por semana, 5,5% 2 vezes por semana, 3,6% 3 vezes por semana e 1,8% praticam 6 vezes por semana.

Em relação ao sono, 69,1% dos participantes referiram dormir o suficiente. Do total de entrevistados, 41,8% dormem cerca de 7 horas por noite, 21,8% dormem 8 horas por noite, 12,7% dormem 5 horas, 9,1% dormem 6 horas, 5,5% dormem 9 horas, 3,6% dormem 10 horas, 3,6% dormem 4 horas e 1,8% dormem 3 horas por noite.

No que concerne ao consumo de substâncias psicoativas, relativamente ao tabaco, 15 pessoas (27,3%) fumam. Destes, três fumam de 1 a 4 cigarros por dia, cinco fumam de 5 a 10 cigarros por dia e sete fumam mais de 10 cigarros por dia.

Relativamente aos scores obtidos com o instrumento AUDIT, verificou-se que dos 55 participantes, 48 (87,3%) apresentavam um consumo de baixo risco de álcool, pelo que foi realizado aconselhamento educacional (onde cada pessoa foi parabenizada pelo seu

consumo de baixo risco e onde foram informados acerca do conceito “bebida padrão” e o número de bebidas que poderá consumir de forma a manter o consumo de baixo risco).

Sete participantes apresentavam um consumo de risco de álcool, tendo sido realizado aconselhamento simples a estes (onde a pessoa foi informada sobre os efeitos do consumo de álcool, abordada a definição de bebida-padrão e debatida a necessidade de interromper ou reduzir o consumo de álcool).

Realizou-se ainda um rastreio de tensão arterial, frequência cardíaca, glicémia capilar e índice de massa corporal (a pessoa entrevistada teve a possibilidade de ficar com os resultados para si, num folheto que lhes foi entregue – apêndice X).

Divulgou-se sempre, e ao longo de todas as intervenções, os resultados obtidos e realizou-se psicoeducação relativamente às influências dos estilos de vida na saúde mental, de forma individual, tendo em conta a especificidade de cada pessoa.

### **Promover a literacia em saúde mental, nomeadamente ao nível do consumo de álcool, em jovens do 7º ano da escola básica e secundária de Alijó.**

Para a operacionalização deste objetivo, foi planeado e adaptado um jogo tipo “Quiz” da autoria de Barroso et. Al. 2006, com uma avaliação de conhecimentos antes e depois da execução do jogo (questionário de 10 perguntas, em apêndice XI).

A temática a abordar foi selecionada após a análise da sua pertinência com a Sra. Enfermeira Natália Peixoto (EESMP) e com a Sra. Enfermeira Cristina Coutinho (especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria), tendo em consideração a crescente problemática do consumo de álcool entre os jovens na região e as evidências científicas mais recentes acerca do mesmo. Proposta de intervenção em apêndice XII.

O “Quiz” integrou um conjunto de conceitos relativos ao consumo de álcool, nomeadamente a dependência do mesmo, as possíveis consequências para a saúde dos jovens e das pessoas que os rodeiam, conhecimento acerca dos vários tipos de bebidas existentes e a sua forma de produção, conceitos como “taxa de alcoolémia”, “bebida-padrão”, mitos sobre o consumo de álcool entre outros.

Para a realização do Quiz, cada turma formou 4 grupos, sendo que primeiramente jogava o grupo denominado "1" contra o grupo denominado “2” e o grupo “3” contra o grupo

“4”. Os vencedores de cada conjunto de grupos jogaram na final, para eleger um único vencedor da turma.

As sessões foram realizadas 4 sessões de aproximadamente 45 minutos cada uma, a um total de 59 alunos. Após análise dos questionários aplicados antes e depois da realização do jogo, pode-se referir que na questão “o álcool das bebidas alcoólicas é o mesmo álcool das farmácias?”, numa fase pré realização do jogo, acertaram à pergunta 1,7% dos participantes, sendo que na avaliação pós jogo acertaram 96,6%. Na segunda questão, “o álcool existente nas bebidas alcoólicas pode provocar dependência?”, na fase pré jogo acertaram à pergunta 78% e na fase pós acertaram 74,6%. Na terceira questão, “O consumo de álcool por menores de idade é sempre um consumo inadequado?”, a fase pré jogo acertaram à pergunta 93,2% e na fase pós acertaram 98,3%. Na quarta questão “Se misturarmos água com as bebidas alcoólicas, diminui-se a quantidade de álcool?”, a fase pré jogo acertaram à pergunta 74,6% e na fase pós acertaram 91,5%. Na quinta questão, “O álcool ingerido fora das refeições demora mais tempo a passar para o sangue?”, a fase pré jogo acertaram à pergunta 57,6% e na fase pós acertaram 62,7%. Na sexta questão, “O álcool afeta o rendimento escolar?”, a fase pré jogo acertaram à pergunta 89,8% e na fase pós acertaram 94,9%. Na sétima questão, “A taxa de alcoolémia é a concentração de água por litro de sangue no organismo?”, a fase pré jogo acertaram à pergunta 52,5% e na fase pós acertaram 64,4%. Na oitava questão, “O álcool é considerado um alimento?”, a fase pré jogo acertaram à pergunta 94,9% e na fase pós acertaram 96,6%. Na nona questão, “O consumo excessivo de álcool só afeta aquele que bebe?”, a fase pré jogo acertaram à pergunta 47,5% e na fase pós acertaram 84,7%. Na décima questão, “O café forte ou um banho de água fria cortam o efeito do álcool?”, a fase pré jogo acertaram à pergunta 35,6% e na fase pós acertaram 89,8%.

Podemos observar a existência de um aumento de conhecimento sobre as várias questões através do aumento do número de respostas corretas, comparando o antes e o após jogo.

Em termos de participação, os alunos mostraram-se interessados e participativos durante as sessões, realizando questões e expondo dúvidas. O feedback em relação às sessões foi positivo por parte dos alunos e dos professores presentes durante as mesmas, tendo estes manifestado reconhecimento pela importância de conhecimentos ao nível das características do álcool e das possíveis consequências do seu consumo em jovens. O aumento da literacia dos jovens a este nível, permite ao mesmos fazer escolhas mais ponderadas e acertadas relativamente ao seu consumo de álcool.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade, o enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde e relativamente à promoção da saúde mental, importa promover o potencial da pessoa através da otimização das respostas humanas aos processos de transição, como seja a adolescência, pelo que, para tal, a promoção da literacia em saúde mental assume um papel crucial.

**Colaborar nas atividades realizadas pelos enfermeiros especialistas da UCCA, com o propósito de promover a saúde mental e o bem-estar da população.**

No âmbito da execução deste objetivo, foi prestada colaboração em projetos existentes na UCCA, nomeadamente no “Programa de alimentação saudável em saúde escolar”, realizado em contexto de saúde escolar. Este programa visa a promoção de estilos de vida saudáveis, mais especificamente ao nível da alimentação.

Foram realizadas sessões no âmbito da comemoração do Dia Mundial da Alimentação (16 de outubro) com as turmas do 3º e 4º ano da escola básica de Alijó. Posteriormente foram ainda realizadas mais 3 sessões com as turmas do pré-escolar sobre “como construir um lanche saudável”. Nestas sessões foram apresentados vários alimentos (saudáveis e não saudáveis) e foi lhes solicitado que escolhessem os alimentos que incluiriam no seu lanche. Posteriormente eram discutidas as escolhas de cada um, aconselhando opções mais saudáveis e era fornecida a hipótese da troca de alimentos menos saudáveis por alimentos mais saudáveis.

**Refletir sobre as práticas e os contextos dos cuidados de enfermagem de saúde mental, numa perspetiva construtiva e de benefício do utilizador.**

Para a concretização deste objetivo foi realizada, ao longo de todo o estágio, pesquisa bibliográfica sistematizada e não sistematizada, por forma a que todas as intervenções fossem estruturadas e implementadas com base nas evidências científicas mais recentes.

Para cada atividade planeada foram desenvolvidos diferentes materiais de apoio, que foram úteis para a implementação do projeto “Saúde sem Reservas” nos trabalhadores de uma camara municipal da região de Trás-os-Montes (no âmbito das intervenções breves), e foram facilitadoras na construção da componente de psicoeducação “Quiz sobre o álcool” aos alunos do 7º ano.

Analisar de forma crítica e reflexiva as práticas, os desafios e as oportunidades de aprendizagem permite o desenvolvimento a nível pessoal e profissional dos enfermeiros e é essencial, já que desta podem eclodir mudanças que podem ajudar à evolução das suas intervenções e à adaptação a novas realidades, de forma a melhorar a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem, neste caso específico, dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental.

### 2.3. APRENDIZAGENS/REFLEXÕES EM CONTEXTO DE COMUNIDADE

Considera-se que foi possível atingir os objetivos propostos no início do estágio em contexto de comunidade e que destes advieram ganhos significativos e desenvolveram-se competências que serão essenciais quer para o desenvolvimento pessoal quer para o desenvolvimento profissional.

Foi possível assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida (jovens, crianças e adultos) no domínio do uso de álcool e outras substâncias, bem como na otimização da saúde mental (realizando intervenções psicoterapêuticas no momento das entrevistas, durante a implementação do projeto “saúde sem reservas”).

Ao longo das 12 semanas de estágio existiu a necessidade de estabelecer vários contactos com algumas entidades para a realização das intervenções inicialmente delineadas, nomeadamente com os trabalhadores de uma câmara municipal da região de Trás-os-Montes e com a escola básica e secundária de Alijó. Foram realizados pedidos formais e agendadas reuniões com as entidades referidas com o intuito de apresentar os projetos a realizar bem como a programação da sua execução.

Na UCCA existiam no momento do estágio vários projetos e programas ao nível das várias áreas de especialidade de enfermagem. Contudo, seria necessário na área da saúde mental um maior investimento, pois existe uma crescente necessidade de cuidados nesta área.



### **CAPÍTULO 3 – CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS- ETVR**

O estágio em contexto de respostas diferenciadas decorreu na ETVR, no período de 3 de janeiro a 24 de fevereiro de 2023.

#### **3.1. CARACTERIZAÇÃO DA ETVR**

O Centro de Respostas Integradas de Vila Real é uma estrutura local de cariz operativo e de administração, referenciado a um território definido e dispendo de equipas técnicas especializadas multidisciplinares para as diversas áreas de missão dedicadas à prestação cuidados de saúde e apoio psicológico e social, no âmbito do tratamento, prevenção, reinserção e redução de riscos e minimização de danos das toxicodependências e alcoolismo.

A ETVR tem como área de abrangência os concelhos de Alijó, Peso da Régua, Murça, Mesão Frio, Sabrosa, Santa Marta de Penaguião, Mondim de Basto e Vila Real.

#### **3.2. OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS**

Sendo o foco principal deste estágio as toxicodependências, os problemas ligados ao álcool e o jogo, os objetivos específicos a delinear serão direcionados para a aquisição e desenvolvimento de competências específicas nestas áreas.

O consumo de substâncias psicoativas representa um importante fator de risco para os indivíduos e para as sociedades em todo o mundo (WHO, 2014). Desde a antiguidade que o consumo de drogas se tem apresentado entre a Humanidade através das mais variadas formas. Estas, têm sido utilizadas como: meio religioso, ritual social, de forma lúdica, terapêutica e de forma criminosa (Rosa, 2012).

Segundo o Relatório Anual 2021: A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências (2022), estiveram em tratamento na rede pública de tratamento dos comportamentos aditivos e dependências (ambulatório) “23932 utentes, inscritos como

utentes com problemas relacionados com o uso de drogas e com pelo menos um evento assistencial no ano. Dos 3236 utentes que iniciaram tratamento em 2021, 1538 eram readmitidos e 1 698 novos utentes” (p.61).

Como é possível observar, existiu em 2021 um considerável número de readmissões em contexto de tratamento. São vários os fatores precipitantes de recaída, sendo que a motivação do utente se encontra entre eles.

A motivação para o tratamento é o ponto fulcral reconhecido no processo de mudança. A abordagem motivacional realizada pelo enfermeiro pretende criar “uma atmosfera de conversação construtiva acerca da mudança do comportamento, na qual o aconselhador utiliza a escuta ativa e a empatia para compreender a perspetiva do utente e minimizar a resistência” (Barroso, 2020, p. 97). Deste modo, torna-se imperioso intervir neste ponto.

Ao longo dos tempos, tem-se vindo a observar uma crescente preocupação relativamente à rápida deterioração física e psicológica dos utentes em programas de substituição opiácea, com consumos abusivos de álcool. É referido pela literatura que o consumo de álcool é a substância mais frequentemente utilizada por indivíduos em recuperação, em programas de substituição opiácea (Silva, 2010).

O mesmo autor menciona que o uso abusivo de álcool pode surgir como “um problema sério para a estabilidade e adesão ao tratamento e perspetivas de saúde individuais e familiares” (p.12). Estudos desenvolvidos acerca desta temática demonstram que um terço ou mais dos utentes em programa de substituição com metadona consomem álcool regularmente e muitos deles são alcoólicos.

Assim, surge a necessidade de intervir junto dos utentes em programa de metadona no sentido de sensibilizar os mesmos para as possíveis consequências do consumo de álcool.

Promover a saúde mental consiste em potenciar um estado de harmonia que permita à pessoa compreender, interpretar e adaptar-se ao meio envolvente, estabelecer relações significativas com os outros e assumir um papel ativo e produtivo na sociedade.

Desta forma, considera-se pertinente a continuada monitorização da motivação dos utentes para o tratamento, integrada numa abordagem motivacional, bem como a avaliação do consumo de álcool nestes mesmos utentes. Consideram-se intervenções de extrema importância, sendo pertinente a intervenção e colaboração nas intervenções realizadas pela ETVR neste contexto.

De seguida, apresento os objetivos do referente estágio e as respetivas atividades/intervenções desenvolvidas.

**Prestar cuidados de enfermagem especializados ao utente: promover a recuperação da saúde mental, da qualidade de vida, da funcionalidade e a minimização de complicações do utente.**

Para a consecução deste objetivo foi necessário e realizado um acompanhamento de todo o processo do utente desde a sua admissão.

O sistema de gestão de qualidade pressupõe a adoção da abordagem por processos, no sentido de proporcionar um funcionamento mais eficaz e de melhoria contínua do serviço. Desta forma, a ETVR segue uma abordagem organizada por etapas: pedido de tratamento (através de marcação de consulta e inscrição do utente no sistema de informação multidisciplinar), acolhimento/readmissão/transferência (denomina-se de acolhimento o primeiro contato que o utente tem com um dos técnicos da ETVR e reentrada se o utente já esteve em tratamento na ETVR, sendo neste primeiro contacto preenchida a “ficha base”, atribuído ao utente um técnico de cada área e é definido um gestor de caso) e tratamento (levantamento de diagnósticos bem como a execução de intervenções nas várias áreas de atuação).

Tive oportunidade de colaborar nos processos de admissão dos utentes, bem como na delineação do plano de intervenção adequado para cada um destes.

Propus-me inicialmente a acompanhar o processo de admissão na ETVR de um utente com diagnóstico de consumo de substâncias psicoativas.

Este objetivo foi concretizado, pois foi elaborado um estudo de caso no qual foi implementado o processo de enfermagem: identificados os diagnósticos de enfermagem, elaborado um plano de cuidados e implementadas intervenções individualizadas.

Foram realizadas entrevistas de seguimento com o objetivo de perceber a evolução do processo de tratamento do utente e avaliar as intervenções previamente delineadas.

**Implementar intervenções psicoterapêuticas e sócio terapêuticas, individuais e em grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições.**

Para a concretização deste objetivo foram planeadas e executadas ao longo do estágio, entrevistas formais (individuais), de forma a utilizar esses momentos para reconhecer as necessidades da pessoa, com o objetivo de delinear intervenções e implementá-las.

Ao longo do seguimento com os utentes e simultaneamente nos momentos de aplicação do projeto “saúde sem reservas”, foram realizadas intervenções especializadas na área da saúde mental.

Estas, tiveram como base da sua intervenção a entrevista motivacional, sendo a mesma considerada uma habilidade complexa, que se aprende “com prática considerável ao longo do tempo, um estilo de comunicação colaborativo, centrado na pessoa, que permite melhorar a motivação intrínseca para a mudança” (Barroso, 2020).

De ressaltar que a entrevista motivacional se baseia nos princípios da empatia; da escuta ativa; do desenvolvimento de discrepâncias (ajudar o utente a resolver a ambivalência, desenvolvendo discrepância entre o ponto em que a pessoa se encontra no momento e o ponto onde deseja estar, permitindo ao utente perceber a importância da mudança); lidar com a resistência (acompanhar o utente na sua ambivalência) e reforçar a autoeficácia (crença das capacidades pessoais para realizar algo, explorando por exemplo episódios da vida do utente nos quais tenha sido bem-sucedido).

Sendo a motivação para o tratamento um fator fundamental para o processo de mudança, considerou-se pertinente, no seguimento da abordagem motivacional aos utentes da ETVR em programa de substituição opioide com metadona, aplicar-se em consulta de enfermagem, a escala *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES 8D) validada por Janeiro & Faísca em 2015.

Esta escala pretende avaliar a motivação do utente para a mudança, através de três fatores: a ação, o reconhecimento do problema e a ambivalência. O resultado obtido na escala deve ser articulado com o modelo transteórico da mudança.

A escala SOCRATES 8D foi aplicada na ETVR a 32 utentes em programa de metadona. Após aplicação e mediante score obtido para cada um dos três fatores, pode ser observado no que ao “reconhecimento do problema” diz respeito, 18 utentes obtiveram pontuações altas, podendo significar que existe um reconhecimento dos problemas relacionados com o consumo de drogas, que a pessoa espera que a situação se agrave se nada fizer e que demonstra desejo de mudança.

Relativamente ao fator “ação”, 27 utentes somaram pontuações altas, indicando que já estão de facto a fazer algo para mudar em relação ao consumo de drogas e que a mudança está em ação.

Quanto ao fator “ambivalência”, 23 pessoas obtiveram pontuações altas, indicando que a pessoa por vezes se questiona acerca da capacidade que possui para controlar o seu consumo, acerca da quantidade e dependência desse consumo e do impacto sobre outras pessoas. Pontuações altas refletem ambivalência ou incerteza.

No mesmo fator, pontuações baixas indicam que a pessoa não se questiona acerca do seu consumo de drogas, da sua capacidade para controlar o consumo, das consequências do mesmo sobre as suas relações e se é ou não dependente. Contudo, podem resultar pontuações baixas quer por “saber” que o consumo lhe está a causar problemas, quer por “saber” não ter problemas. Este fator deve ser interpretado em função do fator “reconhecimento do problema”.

Após interpretação dos fatores de acordo com o modelo transteórico da mudança, foi possível observar que dos 32 utentes a que foi aplicada a escala SOCRATES 8D, 5 destes encontram-se num estágio “pré-contemplativo” de mudança, significando que não reconhecem o problema e não atuam para mudar.

18 utentes encontram-se num estágio de “ação”, significando que reconhecem o problema e atuam e 9 utentes enquadram-se num estágio de “manutenção”, no qual se interpreta como não reconhecendo o problema, mas atuam.

De notar que dos 32 utentes, nenhum se encontrava em estágio “contemplativo” (reconhece o problema e não atua).

O momento da “devolução” dos resultados ao utente, pode e deve ser um momento no qual através das técnicas da entrevista motivacional, sirva para agregar os utentes menos motivados para a mudança e/ou fortalecer o compromisso para a mudança nos utentes já em ação.

A escala apresentada revela-se útil como instrumento de medida e apoio à tomada de decisão e deve ser utilizada continuamente no sentido de “monitorizar” o estágio em que a pessoa se encontra para a mudança.

Estes utentes, requeem um acompanhamento e monitorização, no qual o EESMP está devidamente treinado. A complexidade do consumo de substâncias, exige por parte do

EESMP um elevado conhecimento e acompanhamento do utente ao longo do processo. É necessário reconhecer todos os sinais de que algo pode não estar a correr da melhor forma com utente. Desta forma, pode assim desenvolver as competências referidas.

### **Implementar intervenções breves aos utentes em programa de metadona, no âmbito do projeto “Saúde sem Reservas”, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.**

Este objetivo foi formulado devido à pertinência de intervir num grupo específico de utentes, como referido anteriormente.

Para a execução deste objetivo, foi executado o projeto “Saúde sem Reservas” aos utentes em programa de metadona da ETVR. Primeiramente foi apresentada a proposta de intervenção aos Srs. enfermeiros orientadores e de seguida, após aceitação, realizada a intervenção aos utentes.

Foram realizadas entre os dias 17 de janeiro e 8 de fevereiro de 2023, 32 entrevistas individuais, devidamente autorizadas (através de consentimento informado oral), nas quais foi mantida a confidencialidade dos participantes. Foi aplicado um questionário de estilos de vida (apêndice XIII), que integrou diversas questões relacionadas com a saúde e comportamentos de saúde, nomeadamente alimentação, prática de exercício físico, hábitos de sono, uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas e a própria gestão do stress no seu emprego/vida quotidiana e a aplicação do instrumento AUDIT.

Após análise do questionário aplicado, verificou-se que dos 32 entrevistados, 1 era do sexo feminino e 31 do sexo masculino. A amostra tem uma média de idades de 51,7 anos, sendo que do número total de participantes, 43,8% vivem sozinhos, 31,3% vivem com os pais, 21,9% vivem com o companheiro/ conjugue e 3,1% vivem com amigos.

A maioria dos utentes estão desempregados (62,5%), 28,1% estão a trabalhar no presente e 9,4% estão reformados. Quanto ao seu estado civil, a maior parte dos utentes (59,4%) estão solteiros, seguindo-se, com uma percentagem menor (15,6%) divorciados, 12,5% em união de facto, 6,3% casados e 6,3% viúvos.

Relativamente à escolaridade, a maior parte dos utentes entrevistados (25%) completou o 1º ciclo. Dos restantes trabalhadores, 18,8% possui o 2º ciclo, 31,3% possui o 3º ciclo, 21,9% completaram o ensino secundário e apenas 1 utente concluiu uma licenciatura.

No que aos estilos de vida diz respeito, foi possível constatar que 46,9% do total de entrevistados apresenta um índice de massa corporal considerado saudável, 34,4% apresentam sobrepeso, 12,5% enquadram-se num índice de obesidade grau I e 6,3% de magreza. Esta amostra faz, em média, 3,3 refeições por dia.

Relativamente à prática de exercício físico, observou-se que 71,9% não praticam qualquer tipo de exercício físico. Dos 28,1% que praticam, 15,6% praticam 7 vezes por semana, 6,3% praticam 2 vezes por semana, 3,1% 1 vez por semana e 3,1% praticam 1 vez de 15/15 dias.

Em relação ao sono, 56,3% dos participantes referiram dormir o suficiente. Do total de entrevistados, 31,3% dormem cerca de 7 horas por noite, 21,9% dormem 6 horas por noite, 15,6% dormem 8 horas, 12,5% dormem 4 horas, 9,4% dormem 10 horas, 3,1% dormem 9 horas, 3,1% dormem 5 horas e 3,1% dormem 3 horas por noite.

No que concerne ao consumo de substâncias psicoativas, relativamente ao tabaco, 28 pessoas (87,5%) fumam, sendo que todos o fazem há mais de 5 anos. Destes, 21 fumam mais de 10 cigarros por dia, 4 pessoas fumam de 1 a 4 cigarros por dia e 3 pessoas fumam de 5 a 10 cigarros por dia. A maior parte dos fumadores (62,5%) já pensou em algum momento da sua vida em deixar de fumar.

Quanto ao consumo de substâncias ilícitas, a totalidade dos utentes já consumiu heroína. Destes, 87,5% dos utentes também consumia cocaína e 25% consumia as duas anteriores mais haxixe. Todos os utentes entrevistados se encontram em programa de metadona, sendo que 56,3% cumprem o programa há mais de 3 anos, 15,6% entre 6 meses e 1 ano, 12,5% entre 1 e 6 meses, 9,4% há menos de um mês e 6,3% entre 1 a 3 anos.

Relativamente aos scores obtidos com o instrumento AUDIT, verificou-se que dos 32 participantes, 15 (46,9%) apresentavam um consumo de baixo risco de álcool, pelo que foi realizado aconselhamento educacional (onde cada pessoa foi parabenizada pelo seu consumo de baixo risco e onde foram informados acerca do conceito “bebida padrão” e o número de bebidas que poderá consumir de forma a manter o consumo de baixo risco).

Dez participantes (31,3%) apresentavam um consumo de risco de álcool, tendo sido realizado aconselhamento simples a estes (onde a pessoa foi informada sobre os efeitos do consumo de álcool, abordada a definição de bebida-padrão e debatida a necessidade de interromper ou reduzir o consumo de álcool).

Um utente apresentava um consumo nocivo de álcool, tendo sido realizado aconselhamento breve (onde a pessoa foi informada sobre os efeitos do consumo de álcool, debatida a necessidade de interromper ou reduzir o consumo de álcool avaliando e adequando o aconselhamento ao estágio motivacional e debatidos limites). Foi detetado um utente com dependência alcoólica, sendo encaminhado ao enfermeiro de referência, sendo que este utente já se encontra com acompanhamento.

Divulgou-se sempre, e ao longo de todas as intervenções, os resultados obtidos e realizou-se psicoeducação relativamente às influências dos estilos de vida na saúde mental, de forma individual, tendo em conta a especificidade de cada pessoa. Foram ainda entregues 2 panfletos, um relativo ao estilo de vida e saúde mental (apêndice XIV) e outro relativo ao consumo de álcool (anexo I).

**Colaborar nas atividades realizadas pelos enfermeiros especialistas da ETVR, com o propósito de promover a saúde mental e o bem-estar dos utentes.**

No âmbito da execução deste objetivo, foi prestada colaboração nas várias atividades de tratamento da ETVR, nomeadamente no programa de administração terapêutica farmacológica (administração de cloridrato de metadona), nos testes de pesquisa de metabolitos urinários, nas consultas de acolhimento e nas consultas de seguimento.

Antes da administração da metadona, é fulcral que exista uma avaliação do estado geral do utente, verificando-se a presença, ou não, de alguma alteração considerada significativa, no que refere à sua apresentação, discurso e eventuais sinais ou sintomas de privação por intoxicação de substâncias.

É administrado, diariamente, a todos os utentes a quem foi prescrito, o cloridrato de metadona, após avaliação e sob observação direta de um enfermeiro, tendo em conta a intervenção terapêutica elaborada para cada utente.

Esta intervenção é breve, já que é regular (diária ou semanal) e continuada no tempo, sendo que permite levantar diagnósticos de enfermagem e implementar consequentemente as intervenções mais adequadas, especificamente nos domínios do autocuidado, da promoção e educação para a saúde, da prevenção de doenças, da redução de riscos e da minimização de danos.

Foi-me também possível cooperar nas consultas de acolhimento, colaborando na recolha de informação pertinente para o preenchimento da “Ficha Base” do utente, onde constam

questões acerca dos seus dados pessoais, familiares, historial de consumos e comportamentos de risco associados, tratamentos anteriores, problemas com a justiça bem como motivação para o tratamento.

Na sua sequência para o tratamento, é realizada uma avaliação diagnóstica de enfermagem (rastreamento do VIH e HCV através do método ADR – Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação).

De seguida, é delineado o plano de intervenção adequado para cada utente, de acordo com os procedimentos de intervenção de cada área profissional e dado o seu seguimento. É realizado um acompanhamento contínuo em todas as áreas, que se relacionam entre si com o objetivo de dar resposta a todas as necessidades dos utentes.

**- Refletir sobre as práticas e os contextos dos cuidados de enfermagem de saúde mental, numa perspetiva construtiva e de benefício do utilizador.**

Para cada atividade planeada foram desenvolvidos diferentes materiais de apoio, que foram úteis para a implementação do projeto “Saúde sem Reservas”, aplicação do instrumento SOCRATES 8D, bem como da realização da colheita de dados, do seguimento dos utentes e do estudo de caso.

Foi ainda possível conhecer outras respostas para o utente com dependência e pude visitar a comunidade terapêutica, projeto “HOMEM”, que se define como sendo uma unidade especializada de tratamento de longa duração em regime de internamento e visa promover a reabilitação biopsicossocial dos utentes seguindo um programa terapêutico articulado em diferentes fases e procura reorganizar o utente e ajudá-lo a perspetivar o seu futuro.

### 3.3. APRENDIZAGENS/REFLEXÕES EM CONTEXTO DE RESPOSTAS DIFERENCIADAS

Todo o planeamento das atividades foi desenvolvido em parceria com os enfermeiros especialistas da ETVR, no entanto foram desenvolvidas intervenções individuais com os utentes em programa de metadona, uma vez que as intervenções foram realizadas de forma individual a cada um dos mesmos.

É possível observar neste contexto específico de atuação o real significado do trabalho em equipa multidisciplinar. A equipa da ETVR é dotada da experiência, de uma enorme

variedade de conhecimentos e competências, utilizadas para um mesmo objetivo comum: dar resposta às necessidades dos utentes, contribuindo para o seu bem-estar.

Com este estágio foi-me possível compreender que estes utentes têm inúmeras necessidades. São utentes com policonsumos, com debilidades familiares e sociais. Uma das competências do enfermeiro especialista é também a gestão dos cuidados. Muitas vezes, ao longo deste estágio, foi necessário encaminhar utentes para obterem acompanhamento social, sendo que muitos destes não possuíam as condições básicas sociais.

Considera-se que foi possível atingir os objetivos propostos no início deste estágio, e que destes advieram ganhos significativos e desenvolveram-se competências que serão essenciais quer para o desenvolvimento pessoal quer para o desenvolvimento profissional.

**PARTE III- COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM  
“INTERVENÇÕES BREVES NO USO DE RISCO E NOCIVO DE ÁLCOOL EM  
TRABALHADORES DE UMA CAMARA MUNICIPAL DA REGIÃO DE TRÁS-OS-  
MONTES”.**

**CAPÍTULO 1 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

**1.1 INTRODUÇÃO**

O consumo de álcool tem vindo a acompanhar a humanidade, sendo ao longo dos tempos utilizado como um elemento de simbolismo, tornando-se essencial nas práticas culturais, religiosas e sociais, proporcionando ainda uma sensação de “prazer” a muitos consumidores, por ser uma substância psicoativa (WHO, 2018).

A sua produção, comercialização e consumo cresceu em grande escala a nível mundial, e, com isso, começou a tornar-se um problema de saúde pública. Os malefícios associados ao consumo de álcool foram surgindo, as quantidades de consumo aumentando e, por conseguinte, emerge a necessidade de intervir nesta área. Foram criados movimentos sociais e políticos em vários países, com o intuito de limitar o consumo de bebidas alcoólicas e até mesmo proibi-las.

Segundo o *Global Status Report on Alcohol and Health* (GSRAH), o consumo de álcool foi responsável por 132,6 milhões de DALYs (*disability-adjusted life years*), anos de vida saudáveis perdidos devido a doença, no ano de 2016, em todo o mundo (WHO, 2018).

De salientar ainda que as “proporções mais elevadas de óbitos por doenças atribuíveis ao álcool no total de óbitos dos respetivos grupos etários”, surgem nas faixas etárias dos 35-44 anos (5%), dos 45-54 anos (8%) e dos 55-64 anos (7%) (SICAD, 2019, p.68). Indivíduos nas faixas etárias referidas, pertencem à população ativa, sendo esses que mantêm os seus empregos.

Assim, e tendo em consideração que o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências (PNRCAD) 2013-2020 elaborado pelo SICAD, considera o meio laboral como um contexto de intervenção na área dos

Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD), torna-se fulcral intervir nesse contexto.

O consumo elevado de álcool no meio laboral pode trazer consequências para a saúde dos trabalhadores, bem como para a empresa onde exercem as suas funções. Trabalhar sob a influência de álcool diminui o desempenho e aumenta o risco de acidentes e de erros, resultando num aumento de desemprego e baixos rendimentos. (Brites et al., 2019).

Assim, pelas várias razões já referidas anteriormente, e pela necessidade de diminuir o consumo de álcool, são-nos apresentadas por Babor et al., (2001), as Intervenções Breves (IB), como meio de definir padrões de consumo, estabelecer valores *standard* mediante estes e intervir sob os mesmos. Os mesmos autores, mencionam ainda que estas intervenções apresentam custos reduzidos e uma eficácia indicada na saúde dos indivíduos a quem são implementadas.

No mesmo sentido, a Direção Geral de Saúde (DGS) emite uma circular normativa para ser implementada nos serviços de saúde (nº 30/2012 e atualizada em 2014), com o assunto “Detecção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool” (p.1). Esta circular é formulada com o intuito de realizar uma triagem do consumo de álcool dos indivíduos, detetar o padrão associado ao mesmo e, conseqüentemente, planear as intervenções breves a realizar e/ou referenciação para tratamento, em função do nível de consumo de bebidas alcoólicas.

Existem alguns estudos realizados em vários países do mundo, relativamente ao consumo de álcool em meio laboral, que integram protocolos tipo “*Screening and Brief Intervention and Referral to Treatment* (SBIRT) e que indicam a sua eficácia.

Deste modo, considerou-se fulcral avaliar o efeito das IB, com protocolo SBIRT (adaptado de Barbor & Higgins-Biddle, 2001), nos trabalhadores de uma camara municipal da região de Trás-os-Montes.

Recorreu-se a um estudo de natureza pré-experimental, com desenho antes-após com grupo único. O método utilizado para a recolha de dados foi através de uma entrevista estruturada, composta por questionário, sendo este constituído por três partes: uma primeira parte constituída por questões de caracterização sociodemográfica, uma segunda parte constituída por questões sobre comportamentos de saúde e uma terceira parte, constituída pelo AUDIT.

Estruturalmente este estudo está organizado em duas partes fundamentais: a primeira, que consiste na fundamentação teórica, é constituída por dois capítulos: contextualização da problemática do consumo de álcool e descrição das IB, bem como o protocolo existente para a utilização das mesmas e a evidência científica existente acerca da sua eficácia. A segunda parte é constituída por um capítulo, onde consta o estudo empírico e da qual faz parte a descrição do mesmo, a sua metodologia, os resultados, a discussão e a conclusão.

## 1.2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL.

### 1.2.1. Álcool e padrões de consumo

A Organização Mundial de Saúde (OMS) menciona que bebida alcoólica, é “todo o líquido que contém álcool (etanol) e que está destinado ao consumo” (1994, p.20).

Já no que ao termo “álcool” diz respeito, Valente (2014), menciona que:

O álcool é uma substância psicoativa que afeta a função e neurotransmissão cerebral, tem efeito depressor do Sistema Nervoso Central e afeta os sistemas hormonais, estando envolvido no desenvolvimento de diversas perturbações orgânicas, psíquicas, da vida familiar, profissional e social com as suas repercussões económicas, legais e morais (p.367).

No GSR AH, “álcool” é ainda definido como sendo “uma substância psicoativa com propriedades indutoras de dependência” (WHO, 2014, p. 2).

Ao longo dos tempos, surgiu a necessidade de criar categorias diagnósticas, relativamente ao uso do álcool, caracterizadas por critérios de inclusão e exclusão, permitindo deste modo criar uma comunicação clara e ter um valor preditivo.

Assim, todas as alterações que possam surgir como consequência do consumo de álcool, são classificadas como “perturbações relacionadas com o uso de álcool”, sendo atualmente agrupadas pela Classificação internacional de Doenças 10 da OMS e pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder V* (DSM-V) da *American Psychiatric Association* (APA).

Os problemas relacionados com álcool são determinados pelo padrão de consumo. Deste modo, torna-se fundamental compreender os vários padrões de consumo de álcool.

No que diz respeito ao padrão de consumo, sendo este um conceito multifatorial, pois abrange vários aspetos, designadamente os contextos de consumo, o local, a frequência, as bebidas de eleição, as características individuais do consumidor (biológicas/genéticas, sociodemográficas ou socioeconómica), entre outras (Andrade & Oliveira, 2009).

Um outro conceito, que é necessário definir, é o conceito de bebida padrão. Segundo as Recomendações Clínicas para a Detecção e Intervenções Breves (Anderson et al., 2005) o uso do termo bebida ou unidade-padrão é utilizado para facilitar a medição do consumo de álcool, sendo expresso em gramas de álcool puro, facilitando desta forma a comparação internacional.

Em Portugal, foi atribuído um valor à unidade-padrão de bebida alcoólica. Segundo a DGS (2014), a nível nacional, este é definido como volume de bebida alcoólica contendo 10g de álcool puro.

De entre os vários padrões de consumo, começa-se por tentar perceber o conceito de “consumo episódico excessivo”, denominado também por “*binge drinking*”. Este é definido como “o consumo igual ou superior a 6 bebidas padrão no homem e 5 bebidas padrão na mulher, numa só ocasião, no espaço de duas horas”, tendo sempre presente que este padrão é inerente ao padrão de consumo considerado como sendo de risco (DGS, 2014, p.7).

Quando existe um consumo elevado de bebidas alcoólicas, existe uma concentração elevada de álcool no sangue que “provoca prejuízo psicológico e físico clinicamente significativo, que desaparece quando é eliminado do organismo” (Valente, 2014, p.377). O mesmo autor, refere que diferentes quantidades de álcool no sangue, produzem diferentes efeitos esperados, tais como:

- 50-100 mg/100 ml: alterações mínimas;
- 100-200 mg/100 ml: euforia, excitação, loquacidade, diminuição do rendimento intelectual, alongamento dos tempos de reação;
- 200-300 mg/100 ml: graves alterações da coordenação como ataxia, disartria, obnubilação;
- >300-500 mg/100 ml: coma e morte em 5% (sobretudo por depressão respiratória).

Relativamente ao padrão de consumo de baixo risco, considerando que o álcool é uma substância psicoativa com potencial aditivo e efeitos tóxicos, não existe um risco zero no seu consumo. Tal como referido nas orientações da WHO, não são estabelecidos limites

específicos para o consumo de álcool “porque a evidência mostra que a solução ideal para a saúde não é beber” (Broholm et al., 2016, p.29). Já a DGS refere, na avaliação através do AUDIT, um consumo de baixo risco, com a obtenção de pontuações inferiores a 4 e 5, que correspondem a um padrão de consumo de 1 a 2 bebidas repartidas (DGS, 2014).

De seguida, abordar-se-á o padrão designado como “consumo de risco”, o qual se define como “nível ou padrão de consumo que acarreta risco de consequências prejudiciais para a saúde, se o consumo persistir, mas ainda sem manifestação clínica” (DGS, 2014, p.6).

No que ao termo “consumo nocivo de álcool” diz respeito, este é definido pela Classificação internacional de Doenças 10 (F10.1), como sendo um padrão de consumo de bebidas alcoólicas que causa danos à saúde, podendo ser de ordem física (por exemplo danos no fígado) ou mental (por exemplo episódios depressivos). Babor e Higgins-Biddle (2001) acrescentam ainda que este tipo de consumo pode ter graves consequências para a saúde, mas ainda não cumpre os critérios de dependência.

O consumo continuado de álcool pode conduzir à “tolerância”. Esta, segundo a DSM-V (2013), é caracterizada como sendo o momento em que para se obter o efeito desejado de uma substância no organismo é necessário aumentar a sua dose, ou, quando existe um efeito reduzido da substância no organismo, após o consumo de uma dose habitual. O grau de tolerância varia de pessoa para pessoa e de substância para substância.

Por sua vez, com o consumo continuado de álcool, pode-se criar dependência. Esta, segundo Babor e Higgins-Biddle (2001) é caracterizada por: um forte desejo ou sensação de compulsão para consumir álcool (*craving*); a existência de dificuldade no controlo do consumo de álcool; um estado de privação fisiológica quando o uso de álcool termina ou é reduzido (a APA (2013), refere no DSM-V que poderão ocorrer sintomas tais como náuseas/vómitos, sudorese, tremor distal, alucinações, ansiedade, agitação, convulsões); evidência da criação de tolerância; abandono ou diminuição da realização de atividades de interesse em detrimento da procura de álcool para consumo; uso persistente de álcool apesar das consequências nocivas para a saúde.

Desta forma, conseguimos perceber melhor os vários conceitos associados ao consumo de álcool e aos padrões de consumo, para assim podermos compreender mais facilmente o seguimento do presente estudo.

### **1.2.2. O consumo de álcool: breve história e evolução sociológica**

O consumo de bebidas alcoólicas faz parte dos hábitos de consumo de diversas culturas, desde há milhares de anos. As bebidas alcoólicas fermentadas, por exemplo, são reconhecidas previamente à era moderna por todas as sociedades, exceto na Oceânia e na América do Norte (WHO, 2014).

Nas sociedades onde o consumo de álcool não era habitual, nos momentos em que este sucedia, uma grande quantidade de bebidas alcoólicas era ingerida gerando grandes problemas. Já noutras, onde o consumo era algo comum e tradicional, a sua produção era realizada em pequena escala, aparecendo assim integrada, como uma atividade familiar ou artesanal. O consumo de álcool foi, assim, uma atividade frequentemente associada a festas e convívios comunitários (WHO, 2014).

Existem, ainda, na sociedade atual, diversos locais do mundo onde este padrão tradicional de consumo persiste. No entanto, substituindo este padrão tradicional, surgem os padrões de produção que se desenvolveram durante o período da industrialização. Estes, caracterizavam-se pela produção de novas bebidas, novas formas de fabrico, de distribuição, promoção e, ainda, novos hábitos de consumo (WHO, 2014).

Com o desenvolvimento desta indústria, as bebidas alcoólicas tornaram-se cada vez mais acessíveis à população, através de um aumento da sua oferta e disponibilidade. Esta crescente facilidade de acesso, resultou principalmente em problemas económicos e de saúde pública, quer na Europa tal como em outros lugares do mundo.

Para esta realidade, contribuiu o consumo de álcool pelos operários das indústrias, que se apresentava como um grande impedimento para a subsistência das mesmas, pois era necessária uma força de trabalho sóbria e atenta (WHO, 2014).

O consumo de álcool, para além de um problema de saúde, passou a ser reconhecido como um grande problema social. Surgem assim, em vários países, movimentos sociais e políticos para limitar o consumo de bebidas alcoólicas e até mesmo proibi-lo. Na maior parte destes países, foram posteriormente implantadas políticas de controlo de álcool.

Por exemplo, nos Estados Unidos da América, em 1920, foi criada a chamada “lei seca”, que proibia a fabricação, venda, importação e exportação de bebidas alcoólicas. Esta lei foi criada na sequência de que o consumo de álcool se tornou um problema de saúde pública, tendo sido considerado a principal causa de violência familiar e social.

Contudo, a aplicação desta lei exigia elevados recursos humanos e materiais, sendo praticamente impossível controlar fronteiras e impedir o contrabando e a criação de indústrias de produção clandestina. Assim, embora com a implementação desta lei fosse incontestável a existência de uma diminuição nos consumos, ao fim de alguns anos, em 1933, a lei foi revogada (Pinto, 2018).

### **1.2.3. O consumo de álcool como problema em Portugal e no mundo**

Segundo a WHO (2018), o consumo mundial, em 2016, em indivíduos acima dos 15 anos, foi uma média de 6,4 litros de álcool puro por pessoa, por ano, o que corresponde a 13,9 gramas de Álcool *Per Capita* (APC), por dia.

O consumo mais elevado de álcool continua a ser na região Europeia e na América, enquanto que o consumo intermédio ocorre na zona do Pacífico Ocidental e África e o consumo mais baixo predomina na região do Sudeste Asiático e na região do Mediterrâneo Oriental.

Quanto ao género, este consumo também se encontra distinto, sendo consideravelmente superior no género masculino (WHO, 2018).

Já em Portugal, de acordo com a WHO (2018), para esta faixa etária (indivíduos com mais de 15 anos) existia em média, um consumo de 12,3 litros de álcool puro por pessoa, no ano de 2016. Se apenas se considerassem os consumidores de bebidas alcoólicas, estes valores subiriam para 17,8 litros de álcool puro por pessoa, no ano de 2016 (25,4 litros nos homens e 8,7 litros nas mulheres), correspondendo a um consumo diário médio de 38,4 gramas de álcool puro por pessoa (54,3 gramas nos homens e 18,8 gramas nas mulheres).

O consumo de álcool varia amplamente em todo o mundo, e, por conseguinte, os problemas resultantes do mesmo variam também. O álcool, encontra-se entre os cinco principais fatores de risco para a saúde, deficiência e morte em todo o mundo, sendo um importante fator influenciador em mais de 200 doenças, como neoplasias, doenças hepáticas, gastrointestinais, depressão, entre outras (WHO, 2018).

Apesar de não ser uma relação causa-efeito, é pertinente referir que entre as doenças acima mencionadas, se encontram as doenças sexualmente transmissíveis como o Vírus

da Imunodeficiência Humana. Esta associação ocorre devido à presença de comportamentos de risco, que podem surgir aquando do consumo desmedido de álcool.

São vários os fatores identificados, tanto a nível individual, como social, que podem aumentar o risco de ocorrência de danos resultantes do uso de álcool.

Como fatores sociais, destacam-se a cultura, o desenvolvimento económico, a facilidade de acesso ao álcool e o nível de eficácia das políticas de consumo. Já, no que respeita aos fatores individuais, embora não exista um único fator de risco que seja dominante, considera-se que quanto mais vulnerável uma pessoa é, maior será a probabilidade de vir a desenvolver problemas relacionados com o consumo de álcool (WHO, 2014).

Assim, surge como um fator importante, a idade. Crianças, adolescentes e idosos são geralmente mais vulneráveis a danos causados pelo álcool do que outras faixas etárias, porém, os danos causados em pessoas idosas não se devem aos mesmos motivos que os danos causados entre os jovens (WHO, 2014).

Neste sentido, o consumo, quando iniciado em idades muito jovens, além de ser considerado um preditor de deterioração do estado de saúde, está também associado a um maior risco de dependência e abuso de álcool em idades posteriores (WHO, 2014).

Por outro lado, no que concerne ao consumo de álcool pelos idosos, verifica-se que à medida que as pessoas envelhecem, a eficiência do seu organismo, na metabolização dos mesmos níveis de álcool, vai diminuindo, o que se traduz num aumento de acidentes, como quedas, por exemplo. Além disso, embora o consumo de álcool geralmente diminua com a idade, estes consomem-no com mais frequência do que os outros grupos etários (WHO, 2014).

Um outro fator de risco, pertinente de ser referido, é o género. Como já constatado anteriormente, a porção de óbitos, doenças, além de outras consequências relacionadas com o consumo de álcool, é consideravelmente superior no género masculino, em comparação com o feminino. (WHO, 2014).

Numa outra perspetiva, a vulnerabilidade das mulheres pode ser explicada por diversos fatores, nomeadamente fatores biológicos. As mulheres geralmente têm menor capacidade hepática para metabolizar o álcool e uma maior proporção de gordura corporal, que juntos contribuem para que a concentração de álcool no sangue obtida neste género, seja superior à dos homens, quando consumida a mesma quantidade de álcool (WHO, 2014).

Para além de todos estes aspetos que influenciam a probabilidade de danos resultantes do consumo de álcool, a gravidez, é uma condição extremamente relevante, também ela considerada como fonte de vulnerabilidade. Todavia, esta vulnerabilidade além de se notar na própria mulher, é também transmitida através das gerações, motivo pelo qual é tão importante. Assim, as mulheres que bebem durante a gravidez podem aumentar o risco de problemas no desenvolvimento do feto, síndrome alcoólica fetal e outras alterações no recém-nascido (WHO, 2014).

Alguns destes grupos vulneráveis, designadamente, crianças, adolescentes e grávidas, apresentam-se já identificados nos rótulos de advertência de saúde, obrigatórios em recipientes de bebidas alcoólicas (WHO, 2014).

Para a deteção do grau de gravidade dos CAD, mais especificamente ligados ao consumo de álcool, poderão ser utilizados instrumentos de diagnóstico, como o AUDIT e o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*).

#### **1.2.4. O consumo de álcool e o meio laboral**

Consta no PNRCAD elaborado pelo SICAD (2013), a existência de vários contextos de intervenção ao nível dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA), nomeadamente, o meio comunitário, familiar, escolar, recreativo, laboral, rodoviário, prisional e o meio desportivo.

Sabe-se que os PLA em contexto laboral, constituem um problema de grandeza significativa.

O consumo de bebidas alcoólicas durante o período laboral surge muitas vezes, associado às condições de trabalho, como por exemplo “trabalhos perigosos, horários prolongados, trabalho por turnos, ritmos excessivos, stress, frustração, falta de estímulo, baixos salários, insegurança no emprego” (SICAD, 2014, p.17). Estas condições, acabam por influenciar negativamente os funcionários das empresas, alterando a sua capacidade psicológica, a sua motivação e por sua vez, interferir no seu desempenho.

Segundo o autor referido anteriormente, exercer uma atividade profissional, sob o efeito de alguma substância psicoativa, pode “colocar em risco a integridade física dos trabalhadores e do equipamento; interferir com o exercício da atividade profissional; prejudicar a segurança e a saúde do trabalho e a aptidão para o desempenho; gerar um

fardo administrativo e ocasionar problemas financeiros; criar uma imagem negativa, desacreditar e desprestigiar a organização” (p.17).

A Autoridade para as Condições do Trabalho (ACT) em 2008, alerta para as possíveis repercussões do consumo de substâncias, nomeadamente de álcool, por parte dos trabalhadores, em meio laboral. Esta fonte, faz ainda alusão a uma maior probabilidade de ocorrência de acidentes, sendo que, até 40% do total de acidentes de trabalho estão relacionados com o consumo de álcool e relacionados com um aumento do absentismo, pois os trabalhadores tendem a ausentar-se mais e com maior frequência do trabalho, principalmente à segunda-feira e por mais que oito dias seguidos.

A mesma fonte menciona ainda, que os consumidores de substâncias psicoativas são os que cometem mais erros, apresentam mais comportamentos de risco (negligência e diminuição da capacidade de julgamento) e envolvem-se mais frequentemente em conflitos, comportamentos violentos, furtos e são mais repetidamente alvo de queixas.

É importante ainda referir que os colegas de trabalho acabam por ficar diversas vezes sobrecarregados, na tentativa de compensar a menor produtividade dos trabalhadores consumidores.

A ACT (2008) salienta também que “existem certos empregos em que o consumo de álcool ou drogas no local de trabalho pode aumentar os riscos para a saúde e segurança não apenas para o trabalhador em questão e os seus colegas, mas também para o público” (p.19). São alguns exemplos disso os trabalhadores em transportes (marítimos, aéreos, ferroviários e rodoviários), trabalhadores das forças policiais, bombeiros, trabalhadores dos serviços de saúde e ainda trabalhadores de indústrias perigosas.

Para além de todas estas alterações e influências do consumo de bebidas alcoólicas a nível laboral, Oliveira e Souza (2018), referem ainda que o consumo de álcool influencia também as relações familiares, as relações sociais, resultando em prejuízos para a saúde.

Os mesmos autores identificam algumas profissões cujas condições de trabalho podem favorecer o consumo de bebidas alcoólicas, tais como: coveiros, enfermeiros, camionistas, trabalhadores autónomos e trabalhadores públicos de manutenção. Ainda acerca deste estudo aplicado a 72 pessoas, 78% destas consumiram bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses e destes 78%, 44% tinham um padrão de consumo abusivo ou possível dependência.

Perante as diversas consequências já mencionadas, resultantes do consumo de álcool, é fulcral a existência de políticas de intervenção aos vários níveis de consumo e nos vários contextos, de forma a reduzir o seu impacto na saúde dos indivíduos.

### **1.2.5. Políticas de intervenção em meio laboral**

Segundo o SICAD (2013), as opções estratégicas para a redução do consumo passam pela redução da oferta e pela redução da procura.

Relativamente à redução da oferta, pretende-se que o acesso por parte dos consumidores seja feito de forma segura, devendo deste modo existir uma fiscalização e regulação do mercado, de forma a que, através de medidas legislativas, da aplicação da lei e da autorregulação, se garanta a sua proteção.

A proibição da venda de bebidas alcoólicas a determinados grupos, como por exemplo: menores de 18 anos, pessoas embriagadas ou com aparente anomalia psíquica, bem como a proibição de consumo, venda ou disponibilização de bebidas alcoólicas em determinados locais, como por exemplo: máquinas automáticas, centros de saúde, cantinas ou autoestradas visa proteger as pessoas, reduzir o número de acidentes rodoviários e permitir que o acesso seja feito de forma segura, não induzindo o consumo.

O SICAD (2013) enuncia que, quanto à redução da procura, estratégias como a prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção são delineadas.

A prevenção assenta na avaliação do risco/vulnerabilidade da ocorrência de uma doença, a instituir em 4 níveis de intervenção:

- Universal (orientado para a população em geral e não é avaliado o grau de risco);
- Seletiva (dirigida a grupos que partilham os mesmos fatores de risco);
- Indicada (é delineada mediante o risco individual avaliado previamente);
- Ambiental (criação de estratégias que intervêm ao nível dos sistemas sociais, alterando ambientes culturais, sociais, físicos e económicos, interferindo com as escolhas individuais. Por exemplo a criação de taxas fiscais, idade estabelecida para venda e a apresentação de mensagens publicitárias).

A dissuasão representa estratégias globais, nas quais é somente aplicada a lei.

A redução de riscos é orientada segundo dois princípios: do humanismo (visa o acesso a programas de tratamento, reconhecendo dignidade e integridade aos indivíduos, minimizando a sua exclusão) e do pragmatismo (intervenções que minimizem os efeitos dos consumos e que ressalvem a inclusão social).

Como já pudemos perceber anteriormente, é visível um consumo de álcool em meio laboral que, como já foi referido, acarreta consequências para a saúde dos trabalhadores, para a sua segurança e das empresas e se traduz numa menor produtividade e maior absentismo.

Assim, integrar a questão dos PLA nas políticas de promoção da segurança e saúde no trabalho, surge como ponto fulcral no que respeita à “prevenção e ao acompanhamento de situações concretas detetadas no seio da empresa ou organização. O problema do consumo de substâncias psicoativas existe nas empresas ou organizações, tal como na sociedade em geral” (SICAD, 2014, p.19).

Surgem assim, políticas dirigidas à promoção da segurança, da saúde e do bem-estar dos trabalhadores das empresas, integrando programas de assistência aos mesmos, campanhas informativas e outras intervenções nesta área (SICAD, 2014).

Neste sentido, surge o Programa de Assistência aos Trabalhadores (PAT):

Criado (opcionalmente) por algumas organizações, para abordar a dimensão psicossocial da saúde dos trabalhadores. (...) prevê o apoio a trabalhadores e, frequentemente, às suas famílias, com problemas que afetam ou podem vir a afetar o seu desempenho profissional. (...) O PAT poderá utilizar os recursos da comunidade para a abordagem dos problemas relacionados com o consumo de substâncias psicoativas. (...) O objetivo último desta abordagem é a melhor adaptação social do indivíduo, designadamente nas suas relações pessoais, saúde física, estabilidade emocional e familiar e na própria adaptação profissional (SICAD, 2014, p.19).

Existe ainda, uma política de saúde e segurança da organização, que:

Reflete um compromisso de todos os atores sociais das organizações e pretende dar a conhecer quais os objetivos, as respostas disponibilizadas no decurso da ação e quais os procedimentos a adotar, caso esta política venha a ser infringida. (...) Através dele, todos os trabalhadores deverão ficar a saber que a organização está empenhada em criar um ambiente de trabalho promotor da segurança e da saúde

(...). A política de saúde e segurança pode incluir a redação de um regulamento. As questões relacionadas com o consumo de substâncias psicoativas devem ser consideradas como problemas de saúde, e conseqüentemente ser tratados tal como outras alterações de saúde no contexto laboral (SICAD, 2014, p.20).

Segundo o mesmo autor, a realização da detecção de substâncias em meio laboral, só poderá ser realizada em contexto da medicina do trabalho e apenas pode ser executada se constar no regulamento interno, sendo que este deverá ser claro em relação a vários pontos, como por exemplo, quais os profissionais que poderão ser submetidos ao teste de detecção.

No referido regulamento deve estar descrito qual a frequência com que irão ser realizadas as detecções, as condições sob as quais ocorrem, quais os profissionais que devem realizar o teste, qual a substância que se pretende detetar, qual a conduta a adotar em caso de teste positivo e ainda deverá mencionar a possibilidade existente de contraprova por uma entidade credenciada (SICAD, 2014).

Segundo a Comissão Nacional de Proteção de Dados (que vai igualmente ao encontro da interpretação da Plataforma Ética do Grupo Pompidou) a execução de testes para detecção de substâncias apenas deve ser dirigida a determinados profissionais que, mediante a função exercida, possam provocar riscos aos próprios, a terceiros ou à sociedade. Contudo, deve sempre apresentar-se de forma claramente fundamentada. (SICAD, 2014).

Exemplos de atividades que possam provocar riscos aos próprios, a terceiros ou à sociedade são as seguintes: “os agentes de segurança, os técnicos de energia, os motoristas de transportes pesados e ligeiros, os pilotos de aeronaves comerciais e pilotos de navios da marinha mercante e todas as atividades que constam da Lei 102/2009 de 10 de setembro” (SICAD, 2014, p.33).

Segundo o SICAD (2014), os pressupostos das intervenções dirigidas aos PLA e a outras substâncias em contexto laboral, assentam na ideia de que os consumos são um problema tanto para a saúde do trabalhador, como para a sua segurança e, por isso, devem ser detetados o mais precocemente possível e realizado o devido encaminhamento para tratamento, se assim o justificar e com o menor tempo possível de afastamento do seu trabalho.

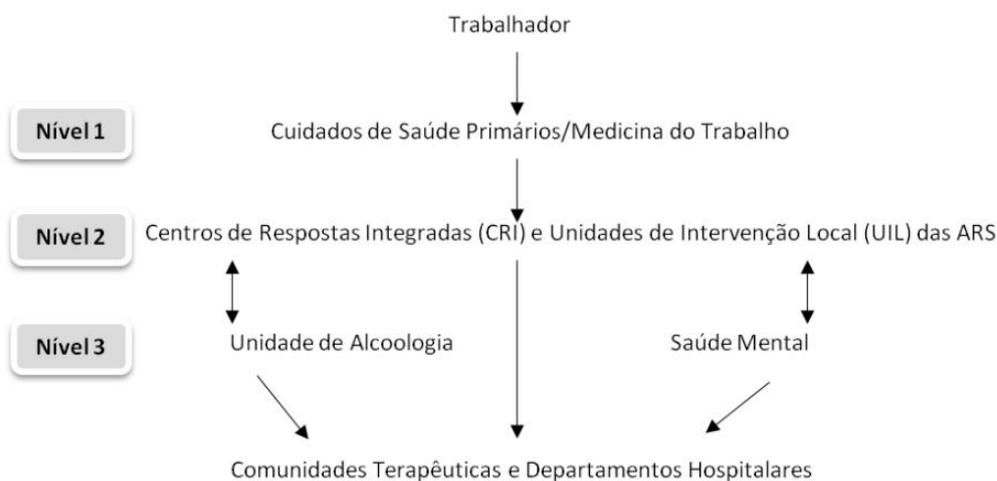
Os trabalhadores, que necessitem e aceitem voluntariamente tratamento, não devem ser alvo de discriminação por parte do empregador, devem ser dotados da mesma oportunidade de promoção que os colegas e deverá ser mantido o seu posto de trabalho.

A dependência de álcool deve ser considerada como uma doença e abordada como tal. Os trabalhadores que possuam esta doença devem usufruir de todos os benefícios sociais de direito, tal como o subsídio de doença e a incapacidade temporária para trabalhar, principalmente nos momentos em que a pessoa está a realizar tratamento (SICAD, 2014).

De seguida, através da figura 1, são indicados os vários níveis de intervenção pelos quais os trabalhadores devem passar para obter uma resposta mais eficiente às suas necessidades em termos de diagnóstico, tratamento e reabilitação (SICAD, 2014).

### Figura 1

*Níveis de resposta dada ao trabalhador dependente de álcool*



Os níveis referidos são constituídos por: serviços de saúde da própria empresa (medicina do trabalho); cuidados de saúde primários; centros de respostas integradas e unidades de intervenção local das Administrações Regionais de Saúde e saúde mental.

Deste modo:

num primeiro nível o trabalhador deverá recorrer à medicina do trabalho ou ao médico de família para um diagnóstico precoce, de forma a determinar o modo de intervir junto do indivíduo em causa. A referência destes casos deverá ser feita

para os Centros de Respostas Integradas e Unidades de Intervenção Local das ARS; Unidades de Alcoologia das ARS ou outras estruturas especializadas, como é o caso dos Serviços de Saúde Mental dos Hospitais (SICAD, 2014, p.30).

Após a realização de tratamento é necessário existir uma continuidade de cuidados e uma boa reintegração do trabalhador no meio laboral de forma a poder evitar recaídas. Durante o período de readaptação deve ser salvaguardado que o desempenho do próprio irá depender do seu processo de recuperação.

Todas as medidas abordadas ao longo deste ponto do estudo têm como foco principal a saúde e a segurança dos trabalhadores, mais especificamente na área do consumo de substâncias psicoativas. Estas, têm como objetivo melhorar a qualidade de vida do trabalhador, aumentando por sua vez a eficácia e produtividade na sua atividade, possibilitando assim a criação de melhores condições de trabalho e uma melhor imagem da empresa.

### 1.3. INTERVENÇÕES BREVES PARA O CONSUMO DE RISCO E NOCIVO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

#### 1.3.1. Conceito de intervenções breves

Sendo o consumo de álcool um problema de grande dimensão a nível mundial, pretendeu-se criar estratégias ao longo dos tempos, na tentativa de reduzir o seu consumo de risco e nocivo.

Inicialmente, as IB foram concebidas para auxiliar os profissionais dos cuidados de saúde primários a intervir juntos de indivíduos que apresentassem problemas relacionados com o álcool. Contudo, revelaram-se úteis também noutros contextos, sendo deste modo alargada a sua aplicabilidade.

As Intervenções Breves são “práticas que têm por objetivo a identificação de um problema relacionado com o álcool – real ou potencial- e motivar o indivíduo a tomar uma atitude, visando a sua resolução” (Babor & Higgins-Biddle, 2001, p.6). Segundo os mesmos autores, estas intervenções apresentam custos reduzidos e uma eficácia indicada na saúde dos indivíduos a quem são implementadas.

Também Joseph e Basu, em 2016, tentaram definir o conceito de IB e perceber a sua eficácia, numa revisão sistemática da literatura. Nesta, definiram as IB como sendo uma forma de tratamento na qual “a terapia estruturada de curta duração (tipicamente de 5 a 30 minutos) é oferecida com o objetivo de ajudar um indivíduo a interromper ou reduzir o uso de uma substância psicoativa para lidar com outras questões da vida” (p.57).

Os mesmos autores, referem ainda que as intervenções breves sugerem benefícios na redução do consumo de risco e nocivo de álcool (5 estudos em 9 analisados) e que são baseadas nos princípios da entrevista motivacional, utilizando técnicas que iremos abordar no decorrer desta dissertação. Ainda na referida revisão da literatura, consta que a maioria dos estudos utilizaram o AUDIT como ferramenta de triagem para detetar os padrões de uso de álcool, para posterior aplicação das IB.

Em Portugal, é validada em 2002 a versão portuguesa do AUDIT, sendo este um instrumento de avaliação desenvolvido pela OMS, cujo objetivo é detetar diferentes níveis de consumo de álcool, podendo obter-se o resultado de consumo de baixo risco, de risco, nocivo e provável dependência. É deveras importante utilizar um instrumento deste tipo para realizar uma adequada triagem e diagnóstico de problemas ligados ao álcool, de forma rápida, simplificada e que permita a execução de IB consoante o score obtido (SICAD, 2002).

Uma avaliação mais completa e aprofundada, além da aplicação do instrumento AUDIT, pode ser uma importante ajuda para a aplicação das IB. O diagnóstico dos problemas ligados ao álcool “envolve uma ampla análise dos fatores que contribuem e mantêm o padrão de consumo elevado do doente, da gravidade do problema e das consequências a ele associadas. Outro tipo de avaliação é o estado de motivação do doente” (Babor & Higgins-Biddle, 2001, p.24).

A motivação do indivíduo refere-se à vontade que o próprio manifesta, ou não, de mudar, neste caso, os seus hábitos de consumo. A abordagem psicoterapêutica preferencial a adotar em pessoas com problemas ligados ao álcool é a cognitivo-comportamental.

Valente (2014), sugere iniciar-se uma entrevista motivacional, de forma a auxiliar o indivíduo a refletir (sem existir confrontação) acerca dos aspetos negativos e positivos do consumo de bebidas alcoólicas na sua vida, alertando-o para os possíveis riscos a nível pessoal, profissional, social, entre outros, que o mesmo pode provocar e ainda formular em conjunto com o mesmo, alternativas para a mudança.

O mesmo autor refere ainda que o objetivo da entrevista motivacional é persuadir o indivíduo a argumentar a sua própria situação para assim poder alterar os seus hábitos de consumo. Uma das entrevistas utilizadas para esse efeito é a FRAMES (acrónimo inglês), que significa “F”- *Feedback* (identificar os problemas associados ao álcool e esclarecer os riscos); “R”- *Responsability* (encorajá-lo a assumir responsabilidade para o processo de mudança); “A”- *Advice* (prestar conselhos face à abstinência); “M”- *Menu* (fornecer comportamentos alternativos); “E”- *Empathy* (interagir de forma empática) e “S”- *Self-efficacy* (promover e aumentar a autoeficácia).

Prochaska e Diclemente, em 1979, como referido por Felicíssimo et al., (2014), mencionam que o Modelo Transteórico da Mudança é baseado na premissa de que “a mudança comportamental ocorre em estádios, através dos quais os indivíduos passam por vários níveis de prontidão para mudar. (...) depende essencialmente da consciência da pessoa sobre a necessidade de mudança e requer um comprometimento e mobilização pessoal” (p.10).

Os mesmos autores referem que os estádios de mudança são 5: pré-contemplação (não existe intenção de mudar- a maioria das pessoas não sabe que o uso de álcool representa um problema); contemplação (ambivalência, pois os indivíduos já consideram as implicações que essa mudança acarretará para si e para a vida das pessoas ao seu redor); preparação (a decisão de mudar é tomada, mas o indivíduo não tem estratégias para coloca-la em prática); ação (estratégias de mudança são postas em prática); manutenção (a mudança de estilo de vida dos indivíduos é eficaz).

Chegado ao estágio de manutenção, é fulcral manter as mudanças alcançadas, sendo necessário continuar a existir um acompanhamento do indivíduo com o intuito de evitar recaídas. Se tal acontecer, este voltará a estádios iniciais de mudança. A recaída deve ser encarada como um processo dinâmico e não linear, existindo assim a possibilidade iminente de regressar a estádios anteriores (Felicíssimo et al., 2014).

No sentido de melhor caracterizar a Entrevista Motivacional e relacionando intimamente com a Relação de Ajuda na Enfermagem, é fulcral destacar 4 princípios. Estes, segundo Barroso (2020) baseiam-se na expressão de empatia (estar em contacto próximo com a pessoa, colocar-se no seu lugar, tentar ver o mundo como esta o vê), no desenvolvimento de discrepâncias (ajudar a pessoa a resolver a ambivalência, desenvolvendo uma discrepância entre o ponto em que a pessoa se encontra e o ponto onde deseja estar), lidar com a resistência (acompanhar a pessoa na sua ambivalência. A resistência da pessoa

pode significar que devemos proceder de forma diferente) e no reforço da autoeficácia (a autoeficácia refere-se à crença das capacidades pessoais para realizar determinada tarefa. Para ajudar a promover a autoeficácia pode-se explorar episódios da vida da pessoa nos quais tenha sido bem-sucedida num processo de mudança).

Integrando a mudança e a alteração de comportamentos nas teorias de Enfermagem, conseguimos perceber que a Teoria das Transições de Meleis será a que melhor se aplica às IB a indivíduos com consumo de álcool de risco e/ou nocivo. Este modelo conceptual, como o próprio nome indica, fala-nos de transições. Estas estão presentes ao longo da vida e podem ocorrer a vários níveis.

Para Meleis (2010), transição é a passagem de um estado para outro, desencadeado por um processo de mudança. As transições são caracterizadas por diferentes estádios dinâmicos, marcos e pontos de viragem.

As pessoas passam por transições quando surge a necessidade de se adaptarem a novas circunstâncias, de forma a incorporar o evento de mudança na sua vida. Tais adaptações surgem em áreas como o desenvolvimento pessoal (ciclo de vida), os relacionamentos e mudanças socioculturais ou ambientais, mas nem toda a mudança resulta em transição e nem sempre esta é necessariamente natural ou desejável.

Chick e Meleis (1986) enfatizam que a transição, é por vezes iniciada com acontecimentos que escapam ao controlo individual, enquanto que noutros casos, pode ser procurada deliberadamente (por exemplo a mudança de profissão ou mudança de estilo de vida).

Segundo Chaves (2014) os processos de transição podem ser situacionais (como a situação de viuvez ou de mudança para um lar); desenvolvimentais (como a adolescência ou a paternidade) e ainda podem ser de saúde-doença, (como adoecer, ou existir de alguma forma uma alteração do estado de saúde). Estes processos podem gerar instabilidade na vida da pessoa, produzindo efeitos negativos e profundas alterações, que podem ser momentâneas ou permanentes.

O enfermeiro lida frequentemente com pessoas em períodos instáveis devido a qualquer um dos processos citados (Zagonel, 1999), mas detém especial contacto com transições saúde-doença, como neste caso se relaciona diretamente com o consumo de álcool de risco e nocivo. Cabe ao enfermeiro entender o processo de transição e implementar

intervenções que prestem ajuda à pessoa, proporcionando-lhe estabilidade e sensação de bem-estar.

Meleis (2010) enuncia algumas características das transições como sendo “consciência”, “compromisso”, “mudança e diferença”, “intervalo de tempo” e “pontos/ eventos críticos”. Podemos, desta forma, relacionar estas com os estádios de mudança já referidos anteriormente.

A tomada de “consciência”, ou consciencialização, está relacionada com o indivíduo possuir uma perceção e reconhecimento da experiência de transição. Quanto maior for o nível de consciência, maior a congruência com o processo. Se por outro lado, o indivíduo não percebe que está em transição, significa que ainda não a iniciou. Fase do estágio de mudança: pré-contemplação.

A “mudança, diferenças e pontos/eventos críticos” subentendem de que para existir uma transição, existe obrigatoriamente uma mudança, podendo esta ser despoletada por pontos/eventos críticos. Aqui, o indivíduo tem uma outra visão do mundo e pode colocar em hipótese uma mudança de comportamentos (ambivalência). Fase do estágio de mudança: contemplação.

O “compromisso” refere-se ao envolvimento que o indivíduo demonstra nos processos inerentes à transição e está intimamente ligado com o nível de consciência (o nível de consciência influencia o nível de compromisso), pois o compromisso pode não existir sem a tomada de consciência. Aqui, a pessoa decide mudar e perante a consciência e estratégias que tem, passa para a ação. Fase do estágio de mudança: preparação/ação.

Por último, Meleis (2010) menciona o “intervalo de tempo” como uma das características das transições, pois estas decorrem sempre num determinado período de tempo, que não tem de ser necessariamente definido. Este varia, pois pode existir a necessidade de reavaliar ou reformular o plano de ação e/ou demorar mais ou menos tempo em cada estágio de mudança, pois esta característica acompanha todas as etapas.

Tendo em conta todas ideias/modelos/teorias referidas anteriormente, consideramos que, o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria (EESMP) é o profissional de saúde com competências para implementar intervenções de tipo psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional ao indivíduo ao longo do ciclo de vida e auxiliar, melhorar, manter ou recuperar a sua saúde. Seguindo esta linha de orientação, as IB inserem-se nas competências do EESMP.

### **1.3.2. Protocolo de intervenções breves e a sua eficácia**

Foi criado, em 2001, por Babor e Higgins-Biddle, um guia prático para ajudar os profissionais de saúde, onde são incluídos os enfermeiros, “a lidar com indivíduos cujo consumo de álcool se tornou perigoso ou nocivo para a sua saúde” (p.3).

Desta forma, pretendeu-se criar ligação entre o conhecimento científico e a prática clínica, “descrevendo a forma como realizar intervenções breves destinadas a doentes com problemas de abuso de álcool e àqueles em risco de os virem a desenvolver” (p.3).

Assim, e em congruência com a WHO, preconiza-se a utilização do protocolo de atuação “*Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*” (SBIRT), que pretende ser uma norma de utilização para a triagem, Intervenção Breve e Referenciação para o tratamento de pessoas com problemas ligados ao álcool. Este será o protocolo que irá ser aplicado no presente estudo.

Um instrumento a utilizar será o AUDIT. O mesmo é constituído por 10 questões e o score total pode variar entre 0 e 40 pontos, onde scores entre 0-7 corresponde a um consumo de bebidas alcoólicas de baixo risco, de 8-15 corresponde a um consumo de risco, de 16-19 corresponde a um consumo nocivo e de 20-40 corresponderá a uma provável dependência.

As primeiras 3 questões (AUDIT-C) avaliam a quantidade e a frequência do consumo de bebidas alcoólicas. Na existência de scores inferiores a 5 nos Homens e 4 nas Mulheres e idades superiores a 65 anos nas primeiras 3 questões, apontam para a não realização das restantes, pois significa que os indivíduos apresentam um padrão de consumo que se traduz num consumo de baixo risco. As 3 questões seguintes avaliam a existência de possíveis sintomas de dependência e por fim, as 4 últimas questões do AUDIT pretendem reconhecer alterações/problemas recentes na vida, relacionados com o consumo de bebidas alcoólicas.

Após realização da triagem do padrão de consumo de álcool (através do instrumento mencionado), deverá ser realizada o tipo de intervenção referente ao mesmo.

Existem vários estudos que indicam a eficácia das IB. Mencionando alguns deles: Minto et al., (2007); Aliane (2012); Rosa et al., (2015); Patrício et al., (2016); Jorge et al., (2017); Esgaio e Barroso (2018).

De salientar que os últimos 4 estudos foram realizados em Portugal e indicam a eficácia das IB. Também de referir que a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, detém um projeto dedicado a esta temática que se denomina “Saúde sem reservas- Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para a Redução do Consumo de Álcool Nocivo (Risco/Nocivo)” e conta já com uma vasta produção na literatura.

### **1.3.3. Evidência da eficácia das intervenções breves em meio laboral**

Para o *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2020), a prática baseada na evidência é um campo em grande expansão, caracterizado por uma abordagem vocacionada para o cuidado clínico e ensino, procurando o seu fundamento no conhecimento e na qualidade da evidência. A existência de diferentes tipos de objetivos de revisão e questões de pesquisa, aliados a diferentes formas de evidência, exige a aplicação de novas formas de abordagem para sintetizar a evidência da maneira mais rigorosa e eficaz possível.

Segundo os mesmos autores, as avaliações detalhadas são providências no estudo de evidências emergentes quando a resposta a questões específicas possa ter lançando novas questões de investigação. Para uma abordagem de questões relativamente precisas, a revisão integrativa da literatura orienta para a definição de questões precisas e critérios de inclusão adequados, tais como intervenções, comparações e resultados, com ou sem interesse.

A mesma fonte evidencia que a síntese de evidências, sob a forma de revisão integrativa, está no centro da evidência prática. As revisões integrativas tradicionalmente reúnem tradicionalmente provas da literatura quantitativa para responder a perguntas sobre a eficácia de uma intervenção específica, para uma condição específica.

Neste sentido, e tendo em atenção a problemática do consumo de álcool em meio laboral, na tentativa de perceber se existe ou não, evidencia científica e/ou estudos elaborados nesse âmbito, considera-se pertinente aplicar a metodologia indicada no JBI (2020). Através dos resultados encontrados, conseguiremos compreender melhor o contexto onde iremos intervir.

Foi realizada uma pesquisa através do motor de busca *EBSCOhost* nas bases de dados *Academic Search Complete*; *Business Source Complete*, *CINAHL complete*;

*MedicLatina*; MEDLINE Complete, *Regional Business News*. Para complementar a pesquisa, esta foi alargada à base de dados *Scielo* e LILACS com o propósito de identificar o máximo de estudos que contemplassem os objetivos da pesquisa.

Esta foi realizada com os seguintes termos: *Alcohol* (TI), *Brief Intervention* (TI), e *Work or workplace or workers or employees or firm or company or enterprise* (AB). Foram ainda definidos os seguintes critérios de inclusão: estudos realizado a partir de 2009, exclusivamente executados em contexto laboral, apenas com indivíduos com mais de 18 anos e com aplicação do protocolo das IB.

Os critérios de exclusão foram: estudos executados fora do contexto laboral, indivíduos com menos de 18 anos e a não aplicação do protocolo das IB.

Assim, foram selecionados 6 estudos, do total de 130 encontrados, que fossem considerados apropriados para a revisão integrativa, devido à sua metodologia. Do total dos 130 artigos encontrados, 111 foram excluídos pela leitura do título, 10 pela leitura do resumo e 3 pela leitura integral.

Dos estudos encontrados no âmbito do consumo de álcool em meio laboral, nenhum deles foi realizado em Portugal. Os resultados analisados constam em apêndice XV, para facilitar o processo de análise e compreensão do conteúdo dos mesmos.

Estudos que abordassem a temática das IB de uma forma geral, ou noutros contextos, foram encontrados inúmeros, contudo, apenas 6 integram a revisão.

Após análise detalhada dos 6 estudos, conseguiu-se compreender que todos eles fazem referência à existência de trabalhadores com vários padrões de consumo de bebidas alcoólicas, nomeadamente com o padrão de consumo de risco, com o padrão de consumo nocivo (sobre os quais recaem as IB) e ainda o consumo em que existe já uma provável dependência.

Do total de estudos analisados, apenas foi verificado em dois, a não aplicação do instrumento AUDIT para a triagem do padrão de consumo de bebidas alcoólicas. Richmond et al., (2000) utilizaram para a deteção do padrão de consumo de álcool, um questionário mais abrangente de saúde e condição física (onde integraram itens como o exercício físico, peso, o uso do tabaco e do álcool). Baby et al., (2020) utilizaram no seu estudo o instrumento ASSIST.

No estudo de Hermansson et al., (2010) é demonstrado que uma triagem do padrão de consumo de bebidas alcoólicas e IB, realizadas em conjunto com exames de rotina de saúde e estilos de vida no local de trabalho, podem demonstrar-se eficazes na redução do consumo de álcool. Assim, Richmond et al., (2000), integraram a sua triagem num questionário mais abrangente de saúde e condição física, como já referido anteriormente. Desta forma, integra-se a temática num contexto mais abrangente e facilitador, promovendo a adesão dos trabalhadores.

Relativamente à aplicação das IB, estas demonstraram-se eficazes na redução do consumo de bebidas alcoólicas, em todos os estudos analisados. Esta diminuição pode ser verificada através da redução da quantidade de consumo (Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Ferreira et al., 2016; Richmond et al., 2000; Watson et al., 2014), da sua frequência (Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Watson et al., 2014), e consequentemente, através de uma redução no score obtido pelo AUDIT (Brites et al., 2019; Ferreira et al., 2016; Hermansson et al., 2010; Watson et al., 2014) e pelo ASSIST (Baby et al., 2020).

Hermansson et al., (2010) salientam a não existência de diferenças marcantes nos resultados entre o grupo de intervenção e o grupo de controlo, apesar de ambos terem reduzido os seus consumos de álcool no follow-up. Os autores alertam ainda para a possibilidade da triagem inicial, poder por si só, iniciar uma redução no consumo.

Brites et al., (2019) fizeram ainda referência à diminuição do sentimento de culpa ou remorso após consumir álcool e também da incapacidade de lembrar o que aconteceu devido aos efeitos do álcool. Os mesmos autores associam ainda o sucesso das IB à sua associação com a entrevista motivacional.

A realização de IB em contexto de trabalho evidencia vários benefícios, para além dos já reconhecidos anteriormente, tais como: reduzir os danos provocados pelo álcool; economizar recursos e uma menor utilização (expressa em dias) dos serviços hospitalares e dos cuidados de saúde primários (Watson et al., 2014).

Para além dos ganhos em saúde, estas intervenções possuem ainda um custo-benefício satisfatório, podem ser realizadas num curto espaço de tempo e é possível rápida formação dos profissionais de saúde. Desta forma, é possível ampliar o seu alcance e serem implementadas em mais contextos ou empresas (Baby et al., 2020).

Alguns participantes do estudo anteriormente referido, mencionaram ainda, que antes da implementação das IB, não tinham conhecimentos acerca dos danos causados pelo

consumo de álcool, não sabiam reconhecer as unidades padrão de álcool, nem conheciam os limites de baixo risco de consumo, o padrão de uso de risco/nocivo, bem como as complicações médicas, psiquiátricas e sociais resultantes do aumento do consumo do mesmo, enfatizando a importância da intervenção.

## **CAPÍTULO 2 – ESTUDO EMPÍRICO**

### **2.1. EFEITO DAS INTERVENÇÕES BREVES NOS TRABALHADORES DE UMA CAMARA MUNICIPAL DA REGIÃO DE TRÁS-OS-MONTES**

#### **2.1.1 Introdução**

O presente estudo realizou-se com trabalhadores de uma camara municipal da região de Trás-os-Montes. Esta camara municipal em particular tem como missão definir e executar políticas de desenvolvimento, sustentadas e sustentáveis, tendo em vista a defesa dos interesses e a satisfação das necessidades e expectativas da população local, promovendo o crescimento do Concelho e atuando em áreas estratégicas como: desenvolvimento socioeconómico, ação social e habitação, cultura, tempos livres e desporto, educação, saúde, ambiente, ordenamento do território e urbanismo.

A sua visão passa por ser um Município de referência regional, capaz de criar condições necessárias à qualidade de vida da sua população e de alavancar, gradualmente, o Concelho para níveis superiores de desenvolvimento local sustentável.

Integra ainda os valores de defesa intransigente do interesse público; rigor, transparência, responsabilidade e sustentabilidade na gestão municipal.

Nos anos de 2022/2023, aquando da realização deste estudo, relativamente aos recursos humanos existentes nesta empresa, dos quais seriam possíveis participantes do estudo, constavam 236 postos de trabalho ocupados, entre os quais, 26 postos na área da divisão administrativa e financeira, 7 postos na área da divisão de desenvolvimento social, 14 postos na área da divisão estratégia e empreendedorismo, 4 postos na área da divisão de novas tecnologias, 24 postos na área da divisão de gestão organizacional, 9 postos na área da divisão de urbanismo e ordenamento do território, 41 postos na área da divisão de obras e serviços urbanos e por último 111 postos na área da divisão de cultura, educação e desporto.

Assim, atendendo ao contexto em que se inserem, bem como à falta de dados representativos do consumo de substâncias em empresas e ainda, principalmente, pelo

possível impacto na saúde e na produtividade dos trabalhadores, torna-se fulcral a intervenção nesta área.

Atendendo à problemática em estudo e ao local de implementação das IB, definimos:

### **Objetivo geral do estudo**

Avaliar se as Intervenções Breves são eficazes nos trabalhadores de uma câmara municipal da região de Trás-os-Montes, que possuam problemas ligados ao álcool e aqueles em risco de os virem a desenvolver.

### **Objetivos específicos**

- Caracterizar socio demograficamente os trabalhadores de uma camara municipal da região de Trás-os-Montes;
- Avaliar o nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas dos trabalhadores de uma camara municipal da região de Trás-os-Montes;
- Avaliar novamente o nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas dos trabalhadores de uma camara municipal da região de Trás-os-Montes, após a realização das Intervenções Breves (passados 6 meses).

### **Hipótese de investigação**

Os indivíduos sujeitos às Intervenções Breves apresentam uma evolução positiva quanto aos níveis de risco do consumo de álcool.

## **2.1.2. Metodologia**

### **2.1.2.1. Tipo de estudo**

Para a execução deste estudo, recorreu-se a um desenho de nível IV- estudos que verificam as hipóteses causais, tratando-se de um estudo preditivo e explicativo, tendo como objetivo prever uma relação causal entre os fenómenos. É utilizado quando o investigador pretende descobrir se o efeito de uma variável independente se verifica numa situação sob controlo.

Deste modo, para avaliar o efeito das IB nos trabalhadores de uma câmara municipal da região de Trás-os-Montes, foi utilizado um estudo de natureza quase-experimental, com avaliação antes e após com um único grupo. O momento escolhido para a realização do

estudo foi no mês de novembro de 2022, com *follow-up* 6 meses após, ou seja, no mês de maio de 2023.

#### 2.1.2.2. Operacionalização das variáveis em estudo

- Variáveis sociodemográficas: sexo (masculino ou feminino), idade (expressa em anos), escolaridade (1º ciclo; 2º ciclo; 3º ciclo; ensino secundário, ensino superior e mestrado), com quem vive (sozinho, família, amigos), estado civil (solteiro, casado, divorciado, viúvo, união de facto).
- Variáveis de comportamentos de saúde: antecedentes prévios de saúde; índice de massa corporal; prática de exercício físico; dorme bem/o suficiente; tem dificuldade em induzir o sono ou não; se utiliza indutores de sono ou outra estratégia para adormecer; se fuma tabaco; se sim, há quanto tempo; se já alguma vez consumiu substâncias ilícitas; se sim, se mantém esse consumo.
- Variável dependente: nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas – Score do AUDIT;
- Variável independente: intervenção (Educativa, Aconselhamento Simples, Aconselhamento Breve e Referenciação).

Relativamente à variável dependente “nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas – Score do AUDIT” preconizam-se as intervenções descritas (variável independente) na figura 2 e que passamos a explicar mais detalhadamente.

#### Figura 2

*Guideline após avaliação do nível de risco por score do AUDIT (Adaptado de Babor & Higgins-Biddle, 2001)*

Consumo de álcool	Nível de risco/Intervenção	Score AUDIT
<b>Baixo risco</b>	I - Educativa	0 a 7
<b>Risco</b>	II – Aconselhamento Simples	8 a 15
<b>Nocivo</b>	III – Aconselhamento Breve	16 a 19

<b>Provável Dependência</b>	IV – Referenciação para avaliação e tratamento especializado	20 a 40
-----------------------------	--	---------

Para scores do AUDIT de 0 a 7 pontos, a intervenção preconizada é Educacional. Esta engloba todos os participantes que apresentem um nível de consumo de baixo risco. A intervenção educacional tem como objetivos fornecer feedback acerca do resultado; informar sobre a importância de manter um consumo de bebidas alcoólicas de baixo risco; bem como ensinar acerca da bebida padrão e ainda mencionar que um consumo acima deste padrão pode vir a desenvolver consequências para a sua saúde e para a dos que o rodeiam. A intervenção é finalizada com a felicitação por este se encontrar num nível de consumo de baixo risco.

Para scores do AUDIT de 8 a 15 pontos, a intervenção preconizada é Aconselhamento Simples. Esta engloba todos os participantes que apresentem um nível de consumo de risco. A intervenção de aconselhamento simples tem como objetivos fornecer feedback acerca do resultado; informar sobre a pirâmide do consumidor (explicar como se caracteriza cada tipo de consumidor); informar sobre efeitos do consumo de álcool (questionar se já sentiu algum deles e explicar que a melhor forma de os evitar é reduzir a frequência e a quantidade de consumo); debater com a pessoa a necessidade de interromper ou reduzir o consumo; debater limites (ensinar sobre um consumo de baixo risco, intoxicação alcoólica); explicar a definição de bebida padrão e, por fim, encorajar/apoiar à redução do seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas.

Para scores do AUDIT de 16 a 19 pontos, a intervenção preconizada é Aconselhamento Breve. Esta engloba todos os participantes que apresentem um nível de consumo nocivo. A intervenção de aconselhamento breve diferencia-se da intervenção de aconselhamento simples, sendo mais completa que a anterior, no sentido de possuir mais conteúdos, e por conseguinte, demorar mais tempo a ser realizada e podendo chegar aos 30 minutos.

A intervenção de aconselhamento breve tem como objetivos fornecer feedback acerca do resultado; informar sobre a pirâmide do consumidor (explicar como se caracteriza cada tipo de consumidor e em que categoria este se encontra); informar sobre efeitos do consumo de álcool (os malefícios que este traz à sua saúde); avaliar e adequar o aconselhamento ao estágio motivacional: como já referido anteriormente, a mudança

comportamental desenvolve-se por estádios, sendo que as pessoas passam por vários níveis de prontidão para mudar (Felicíssimo et al., 2014).

Deste modo, é necessário verificar o estado de motivação da pessoa, sendo que este poderá variar desde o não possuir nenhum interesse em alterar comportamentos ou hábitos (estado de pré-contemplanção), ao início real de um plano de alteração de comportamentos ou hábitos (estado da ação). Podemos observar os vários estádios motivacionais e respetivos elementos a referir na IB, na figura 3.

### Figura 3

*Estágio de mudança e IB associada (adaptado de Babor & Higgins-Biddle, 2001; Sequeira & Sampaio, 2020)*

<b>Estado</b>	<b>Definição</b>	<b>Elementos a referir na IB</b>
<b>Pré-contemplanção</b>	Não existe consciência do problema, o indivíduo não considera a possibilidade de mudança de comportamentos ou hábitos. Retém seletivamente consequências positivas do consumo de álcool e desvaloriza as negativas.	Feedback sobre os resultados do AUDIT e informar sobre os risco de consumo.  Sensibilizar para o problema e mostrar preocupação.
<b>Contemplanção</b>	A pessoa pode já considerar as implicações que essa mudança poderá acarretar para si e para a vida das pessoas ao seu redor, contudo ainda se encontra ambivalente.	Ajudar a analisar os prós e contras da mudança de comportamentos ou hábitos de consumo. Sumarizar afirmações automotivadoras.
<b>Preparação</b>	Janela de oportunidade para a mudança durante um período de tempo. Se prosseguir para a ação, o processo de mudança continua, se não, regressará ao estádio anterior.	Clarificar os objetivos e estratégias de mudança. Oferecer um menu de opções para a mudança, negociar um plano, determinar as barreiras à mudança, apoiar na procura de redes de suporte.
<b>Ação</b>	Estratégias de mudança são colocadas em prática. A pessoa já reduziu o	Analisar estratégias de mudança, dar suporte a mudança, ajudar a identificar situações de risco,

	consumo ou parou de consumir, mas ainda não é permanente.	desenvolver um plano de urgência, manter contacto.
<b>Manutenção</b>	A pessoa já reduziu o consumo ou parou de consumir. Evitar recaída.	Manter as mudanças alcançadas, reforçar as vantagens destas, prevenir recaídas.

Babor e Higgins-Biddle (2001) sugerem a utilização da “Escala de Disponibilidade para a mudança” para avaliar em que estado a pessoa se encontra. Esta consiste em pedir à pessoa para se situar, numa escala de 1 a 10, quanto à importância que atribuem à mudança de hábitos (onde 1 é considerado como não importante e 10 como muito importante). Um score entre 1 e 3 pode significar que se encontram “pré-contempladores”, um score entre 4 e 6 como “contempladores” e scores entre 7 e 10 consideram-se prontos para a mudança.

A intervenção de aconselhamento breve tem ainda como objetivos debater limites (ensinar sobre um consumo de baixo risco e quais as quantidades de “bebida padrão” que deste fazem parte, explicar as “equivalências” de bebidas alcoólicas); ajudar a pessoa a construir um plano de redução de consumo (questões como “que benefícios poderei ter se reduzir o consumo de bebidas alcoólicas? Em que medida irá a minha vida melhorar? Construir a balança decisional: vantagens e desvantagens); e por fim, encorajar a pessoa (frases como “Lembre-se que de cada vez que se sinta tentado a beber em demasia e que consiga resistir, está a mudar o seu hábito”. “Sempre que se sentir extremamente desconfortável, perturbado ou infeliz, repita para si mesmo que isso é passageiro”. “Se sentir a necessidade de uma bebida, faça de conta que esse desejo é o mesmo que uma dor de garganta que é preciso aguentar até ficar curado”. “Se tiver alguém que o ajude, seja honesto e diga-lhe a quantidade real que bebe por dia e admita quando conseguiu resistir à tentação e quando bebeu em demasia”. “Por fim, é bem provável que tenha alguns maus dias em que bebe em demasia”. “Quando isso acontecer não desista. Não se esqueça que as pessoas que aprenderam a beber em níveis de baixo risco passaram muitos dias maus até conseguirem atingir os seus objetivos. Com o passar do tempo tudo ficará mais fácil”).

Para scores do AUDIT de 20 a 40 pontos, a intervenção preconizada é a referenciação para serviços especializados de diagnóstico e tratamento. Neste caso, os participantes apresentam uma provável dependência alcoólica.

### 2.1.2.3. Participantes

Foram possíveis participantes do estudo todos os trabalhadores de uma câmara municipal da região de Trás-os-Montes que cumpririam os seguintes critérios de inclusão:

- Possuir capacidade comunicacional/linguística;
- Ser trabalhador de uma câmara municipal da região de Trás-os-Montes;
- Não possuir o diagnóstico clínico de alcoolismo;
- Possuir idade compreendida entre os 25 e os 64 anos (uma das etapas do ciclo vital, pelo PNRCAD).

Na primeira intervenção participaram no total 55 trabalhadores. Na segunda intervenção participaram no total 30 trabalhadores, sendo que, 5 foram excluídos do estudo por não ter participado no primeiro momento. No final, a amostra é constituída por 25 participantes.

A amostra foi questionada quanto às suas características sociodemográficas. Nas tabelas 1 e 2 foi sintetizada a informação colhida.

**Tabela 1**

*Característica sociodemográfica da amostra referente à idade*

<b>Característica Sociodemográfica</b>	<b>Amostra</b>	
	Média	Desvio Padrão
<b>Idade</b>	48,48 anos	9,549

**Tabela 2**

*Características sociodemográficas da amostra*

<b>Características Sociodemográficas</b>	<b>Amostra</b>
--	----------------

		Nº	%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	5	20 %
	Casado	20	80 %
<b>Escolaridade</b>	1º ciclo	3	12 %
	2º ciclo	6	24 %
	3º ciclo	2	8 %
	Ensino secundário	8	32 %
	Licenciatura	5	20 %
	Mestrado	1	4 %
<b>Com quem vive</b>	Sozinho	1	4 %
	Família	24	96 %
<b>Sexo</b>	Feminino	11	44 %
	Masculino	14	56 %

#### 2.1.2.4. Instrumentos de colheita de dados

A colheita de dados foi realizada através de uma entrevista estruturada, realizada pela investigadora, composta por questionário sobre comportamentos de saúde (apêndice IX), sendo este constituído por três partes: uma primeira parte constituída por questões de caracterização sociodemográfica; uma segunda parte constituída por questões sobre comportamentos de saúde e uma terceira parte, constituída pelo AUDIT.

Na primeira parte do questionário constam questões de caracterização sociodemográfica, relativas a idade, sexo, escolaridade, estado civil, com quem vive.

A segunda parte do questionário é constituída por questões sobre comportamentos de saúde relativamente a problemas de saúde já diagnosticados, valores de tensão arterial, frequência cardíaca, glicémia capilar, peso, altura, índice de massa corporal, nº de refeições por dia, tipo de alimentação, hábitos intestinais, prática de exercício físico, caracterização do sono, uso de tabaco outras drogas ilícitas e ainda uma auto-avaliação acerca do seu estado de saúde.

A terceira parte do questionário é constituída pelo instrumento AUDIT. Este é constituído por 10 questões, que permitem avaliar o uso do álcool, sintomas de dependência e problemas ligados ao consumo do mesmo. Nas questões 1 a 8 é atribuída uma pontuação de 0, 1, 2, 3 ou 4 pontos e às questões 9 e 10 é atribuída uma pontuação de 0, 2 ou 4 pontos.

As primeiras 3 questões (AUDIT-C) avaliam a quantidade e frequência do consumo de álcool. Na existência de scores inferiores a 5 nos Homens e 4 nas Mulheres e idades superiores a 65 anos de idade nas primeiras 3 questões, apontam para a não realização das restantes questões, pois significa que os indivíduos apresentam um padrão de consumo que se traduz num consumo de baixo risco.

As 3 questões seguintes (questões 4, 5 e 6), avaliam a existência de possíveis sintomas de dependência e por fim, as 4 últimas questões (questões 7, 8, 9 e 10) do AUDIT pretendem reconhecer alterações/problemas recentes na vida, relacionados com o consumo de álcool. Após a realização da triagem do padrão de consumo de álcool (através deste instrumento), deverá ser realizada o tipo de intervenção referente ao mesmo.

Na figura seguinte podemos ver resumidos os conteúdos que o AUDIT avalia (figura 4).

#### **Figura 4**

*Conteúdos que o AUDIT avalia*

<b>Dimensão</b>	<b>Pergunta</b>	<b>Conteúdo do item</b>
<b>Caracterização dos consumos (AUDIT-C)</b>	1, 2 e 3	-Frequência dos consumos; -Quantidade; -Frequência dos consumos excessivos;
<b>Sintomas de dependência</b>	4, 5 e 6	-Descontrolo dos consumos; -Limitações com o consumo; -Consumos no início da manhã;
<b>Consequências do consumo</b>	7,8,9 e 10	-Sentimentos de culpa após o consumo; - <i>Black-outs</i> ; -Consequências para os outros indivíduos decorrentes do consumo;

		-Preocupação dos outros indivíduos pelo consumo apresentado.
--	--	--

#### 2.1.2.5. Procedimentos éticos e formais

A realização do estudo foi autorizada pela câmara municipal da região de Trás-os-Montes (apêndice XVI) e obteve aprovação da Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, parecer nº P933\_12\_2022 (apêndice XVII).

Previamente ao estudo foram criados e organizados os seguintes materiais para servir de suporte ao momento da entrevista:

- Questionário sobre comportamentos de saúde\*;
- Pequeno cartão para preencher com os valores avaliados no momento da entrevista e que seria fornecido ao participante (apêndice X)\*;
- Guiões das intervenções a realizar mediante o nível de risco identificado de consumo de bebidas alcoólicas (apêndice XVIII)\*\*;
- Folheto sobre os limites legais existentes em meio rodoviário denominado “Álcool e limites” (apêndice XIX). Este foi criado com o objetivo de alertar os participantes para as possíveis consequências do incumprimento da lei, pois entre os trabalhadores existem motoristas.
- Folheto referente ao consumo de álcool, “Guia para um consumo de baixo risco” (anexo I), fornecido ao participante no momento da entrevista.

\* Material elaborado em contexto do ensino clínico na comunidade, numa Unidade de Cuidados na Comunidade e utilizado em intervenção semelhante com um grupo de bombeiros e num grupo de trabalhadores de um serviço de transportes urbanos.

\*\* Adaptado do projeto “Saúde sem reservas- Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves para a Redução do Consumo de Álcool Nocivo (Risco/Nocivo)”, da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, adaptado de Babor e Higgins Biddle (2001).

Ainda como recursos utilizados, é de referir o treino da investigadora na realização das intervenções através de sessões de *role play* (realizadas nas aulas do curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica) e o treino na aplicação dos questionários num contexto de ensino clínico na comunidade (como já referido anteriormente) e ainda

em contexto da realização de um estudo anterior em trabalhadores de um serviço de transportes urbanos.

Com o intuito de convidar os trabalhadores de uma câmara municipal da região de Trás-os-Montes a participar no estudo, foi enviado para o elo de ligação com a câmara, um email com informação relativa aos dias nos quais iria decorrer a intervenção, bem como o local e a hora.

Aquando da realização do estudo, foi solicitado o consentimento informado (por escrito, em apêndice VIII) a todas as pessoas que voluntariamente desejaram participar na investigação e a respetiva autorização para a recolha dos dados. Foi garantida a privacidade e confidencialidade: realizada entrevista individual em gabinete fechado onde apenas permanecia o indivíduo e a investigadora e foi atribuído um código ao questionário aplicado, de forma a ser possível o emparelhamento, passados 6 meses da intervenção, sendo ainda que a informação colhida apenas será utilizada como fim académico e científico.

A colheita de dados para este estudo foi realizada em duas etapas. A intervenção inicial (primeira colheita de dados) decorreu entre os dias 2 e 8 de novembro de 2022 no período da manhã, das 9h às 13h, num gabinete no edifício das piscinas municipais (espaço cedido gentilmente pela camara para realizar a intervenção) consoante disponibilidade da investigadora e com agendamento prévio com a pessoa responsável pelo elo de ligação à câmara (Sra. Vereadora da Saúde) e com o apoio das colegas de uma unidade de cuidados na comunidade.

O contacto para a segunda etapa do estudo foi realizado novamente com a Sra. Vereadora da saúde da câmara, enviando novo email para cada divisão com a informação do local, dos dias e das horas.

A avaliação final da intervenção (segunda etapa da colheita de dados) foi realizada seis meses após a primeira, ou seja, decorreu no mês de maio de 2023, entre os dias 8 e 11 de maio de 2023 no período da manhã, das 9h às 13h, no mesmo local da primeira intervenção, consoante disponibilidade da investigadora e com agendamento prévio com a pessoa responsável pelo elo de ligação à câmara (Sra. Vereadora da Saúde) e com o apoio das colegas de uma unidade de cuidados na comunidade.

Todos os indivíduos que se dirigiram, nos dois momentos, voluntariamente, ao local indicado e que cumpriam os critérios de inclusão, foram entrevistados, aplicado

questionário de comportamentos de saúde, com o AUDIT neste integrado, e de seguida, mediante o nível de risco identificado pelo score obtido no AUDIT, foi aplicada a intervenção correspondente ao mesmo.

#### 2.1.2.6. Procedimentos de análise de dados

A análise dos dados foi realizada através do *software* aplicativo *Statistical Package for the Sciences* (S.P.S.S.), versão 26. Utilizou-se o teste de Shapiro-Wilk para verificar se a variável a analisar tem uma distribuição normal. Como podemos observar na tabela 3, não existe normalidade da amostra.

Na avaliação do nível de risco do consumo de álcool, optou-se pelo teste não paramétrico Wilcoxin para uma única amostra emparelhada, dada a natureza ordinal da variável.

### Tabela 3

*Teste Shapiro-Wilk para verificar a normalidade da amostra, para a variável Score do AUDIT*

Score AUDIT	Estatística	Significância
	0,905	0,024

#### 2.1.3. Resultados

Na primeira etapa do estudo participaram no total 55 trabalhadores. De referir que destes, 7 se encontravam num nível de consumo de risco e 48 se encontravam num nível de consumo de baixo risco. Na segunda etapa participaram no total 30 trabalhadores, sendo que, 5 foram excluídos do estudo por não terem participado no primeiro momento. Destes 5 trabalhadores, importa mencionar que 1 estava no nível de consumo de risco e 4 no nível de consumo de baixo risco.

No final, a amostra é constituída por 25 participantes, que integram este estudo. Contudo, é de salientar que no total foram implementadas 60 intervenções especializadas a 60 trabalhadores diferentes.

Do total da amostra em estudo (n=25), 56% é do sexo masculino, (correspondendo a 14 homens), com uma média de idade de 48,48 anos e desvio padrão de 9,549. São na sua maior parte casados (80%) e residentes com a família (96%). Os participantes possuem na sua maioria o ensino secundário, correspondendo a 8 pessoas (32%), de seguida, 6 pessoas com o 2º ciclo (24%), 5 pessoas (20%) com a licenciatura, 3 pessoas (12%) com o 1º ciclo, 2 pessoas (8%) com o 3º ciclo e somente 1 pessoa (4%) com mestrado.

Relativamente à caracterização dos comportamentos de saúde da amostra podemos constatar que a maioria tem problemas de saúde já diagnosticados (64%), apenas 32% apresenta um Índice de Massa Corporal considerado saudável (os restantes têm peso a mais e apenas uma pessoa está ao nível da magreza) e 64% não pratica exercício físico. Quanto aos hábitos de sono, 36% dos participantes referem não dormir bem/o suficiente, 28% têm dificuldade em induzir o sono e 12% utilizam indutores de sono ou outra estratégia para adormecer.

No que ao consumo de substâncias diz respeito, 16% da amostra fumam tabaco, e destes, 12% fumam há mais de 5 anos. De referir ainda que 24% dos participantes já consumiram alguma vez substâncias ilícitas, contudo, ninguém mantém o seu consumo. Estes resultados estão sintetizados de seguida, na tabela 4.

**Tabela 4**

*Caracterização dos comportamentos de saúde da amostra*

<b>Amostra</b>	<b>Respostas</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Antecedentes prévios de saúde</b>	Sim	16	64%
	Não	9	36%
<b>IMC (Kg/m<sup>2</sup>)</b>	< 18,5 (Magreza)	1	4%
	18,6- 24,9 (Saudável)	8	32%
	25- 29,9 (Sobrepeso)	12	48%
	30- 34,9 (Obesidade grau I)	1	4%
	35- 39,9 (Obesidade grau II)	2	8%

	<40 (Obesidade grau III)	1	4%
<b>Pratica exercício físico?</b>	Sim	9	36%
	Não	16	64%
<b>Dorme bem/o suficiente?</b>	Sim	16	64%
	Não	9	36%
<b>Tem dificuldade em induzir o sono?</b>	Sim	7	28%
	Não	18	72%
<b>Utiliza indutores de sono ou outra estratégia para adormecer?</b>	Sim	3	12%
	Não	22	88%
<b>Fuma tabaco?</b>	Sim	4	16%
	Não	21	84%
<b>Se sim, há quanto tempo?</b>	De 1 mês a 1 ano	0	-
	1 a 5 anos	1	4%
	Há + de 5 anos	3	12%
<b>Já alguma vez consumiu substâncias ilícitas?</b>	Sim	6	24%
	Não	19	76%
<b>Se sim, mantém esse consumo?</b>	Sim	0	-
	Não	7	100%

De seguida, na tabela 5, passamos a apresentar os resultados relativamente às três primeiras questões do AUDIT (AUDIT-C).

Na primeira questão, relativa à frequência de consumo de bebidas alcoólicas, pode-se verificar que os quatro participantes que não consumiam álcool mantiveram-se sem consumir; os que consumiam “quatro ou mais vezes por semana” passaram de nove participantes para oito; um participante passou a consumir “duas a três vezes por semana”; os que consumiam “duas a quatro vezes por mês” passou de cinco participantes para dois; e os que consumiam “uma vez por mês ou menos” passou de sete participantes para dez.

Quanto à segunda questão, relativa à quantidade de bebidas consumidas num dia normal, uma pessoa deixou de consumir “cinco ou seis” bebidas; uma pessoa deixou de consumir “três ou quatro” bebidas, o consumo de “uma ou duas” bebidas aumentou em dois participantes e ninguém consumia ou passou a consumir 7 ou mais bebidas.

Na terceira questão, relativa à frequência de consumo de seis ou mais bebidas numa única ocasião, podemos constatar que nenhum dos participantes consumia “diariamente ou quase diariamente” e assim se mantiveram; o único participante que tinha um consumo de “pelo menos uma vez por semana” manteve-se; do um que consumia “pelo menos uma vez por mês” passaram a ser quatro; dos oito que consumiam “menos de uma vez por mês” passaram a ser sete e dos onze que nunca consumiam seis ou mais bebidas numa única ocasião, passaram a ser nove.

Pela análise destas três questões podemos verificar que, de uma forma geral, existiu uma diminuição da frequência e da quantidade de consumo de bebidas alcoólicas após a intervenção realizada.

**Tabela 5**

*Caracterização da amostra quanto à frequência de quantidades de consumo de álcool*

Questões AUDIT	Respostas	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
		Nº	%	Nº	%
<b>1- Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?</b>	Nunca	4*	16%	4*	16%
	Uma vez por mês ou menos	7	28%	10	40%
	Duas a quatro vezes por mês	5	20%	2	8%
	Duas a três vezes por semana	0	-	1	4%
	Quatro ou mais vezes por semana	9	36%	8	32%
<b>2- Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool</b>	Uma ou duas	14	56%	16	64%
	Três ou quatro	6	24%	5	20%
	Cinco ou seis	1	4%	0	-
	De sete a nove	0	-	0	-

<b>consome num dia normal?</b>	Dez ou mais	0	-	0	-
<b>3- Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?</b>	Nunca	11	44%	9	36%
	Menos de uma vez por mês	8	32%	7	28%
	Pelo menos uma vez por mês	1	4%	4	16%
	Pelo menos uma vez por semana	1	4%	1	4%
	Diariamente ou quase diariamente	0	-	0	-

\* não foram aplicadas as questões seguintes

Relativamente aos sintomas de dependência apenas numa questão se verificou alteração com a intervenção realizada. As 2 seguintes questões do AUDIT: 4: “Nos últimos 12 meses, com que frequência se aperceber que não conseguia parar de beber depois de começar?” e 6: “Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?” avaliam os sintomas de dependência, sendo que se verificou em ambas avaliações (1ª avaliação; 2ª avaliação) que nenhum dos indivíduos da amostra em estudo apresentava sintomas de dependência. Quanto à questão 5: “Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?”, houve um participante que na 1ª avaliação respondeu “menos de uma vez por mês” e que na 2ª respondeu “nunca”.

Quanto às consequências do consumo de álcool (tabela 6), verifica-se que no que diz respeito ao sentimento de culpa ou remorsos por ter bebido, nos últimos 12 meses, nenhum participante referiu ter tanto na 1ª intervenção como na 2ª; relativamente a “nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?” existiu uma pessoa, sendo que na segunda avaliação o mesmo já não se verificou, passando a zero; ninguém referiu ter ficado ferido pelo consumo de álcool tanto no antes como no após e relativamente a “alguma vez um familiar, amigo, médico, ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?” dois participantes mencionaram “sim, mas não nos últimos 12 meses” nas duas intervenções.

**Tabela 6***Caracterização da amostra quanto às consequências do consumo de álcool*

Questões AUDIT	Respostas	1ª Avaliação		2ª Avaliação	
		Nº	%	Nº	%
<b>7- Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido?</b>	Nunca	21	84%	21	84%
	Menos de uma vez por mês	0	-	0	-
	Pelo menos uma vez por mês	0	-	0	-
	Pelo menos uma vez por semana	0	-	0	-
	Diariamente ou quase diariamente	0	-	0	-
<b>8- Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?</b>	Nunca	20	80%	21	84%
	Menos de uma vez por mês	1	4%	0	-
	Pelo menos uma vez por mês	0	-	0	-
	Pelo menos uma vez por semana	0	-	0	-
	Diariamente ou quase diariamente	0	-	0	-
<b>9- Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?</b>	Não	21	84%	21	84%
	Sim, mas não nos últimos 12 meses	0	-	0	-
	Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	0	-	0	-
	Não	19	76%	19	76%

<b>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?</b>	Sim, mas não nos últimos 12 meses	2	8%	2	8%
	Sim, aconteceu nos últimos 12 meses	0	-	0	-

A tabela seguinte (tabela 7) compara a evolução da amostra antes e após a aplicação das IB, quanto ao tipo de consumo de bebidas alcoólicas. Antes da intervenção, três participantes (12%) apresentava um nível de consumo de risco, vinte e dois (88%) apresentavam um nível de consumo de baixo risco. Após intervenção, passaram a constar dois participantes (8%) num nível de consumo de risco e vinte e três (92%) num consumo de baixo risco.

No total da amostra, vinte e dois (88%) mantiveram-se no nível de baixo risco, um (4%) diminuiu o seu consumo para baixo risco e dois (8%) mantiveram-se no nível de consumo de risco.

### **Tabela 7**

*Relação da amostra antes e após a aplicação das Intervenções Breves, quanto ao tipo de consumo de bebidas alcoólicas*

	<b>Avaliação inicial</b>		<b>Avaliação final (após 6 meses)</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Baixo risco (1-7)</b>	22	88%	23	92%
<b>Risco (8-15)</b>	3	12%	2	8%
<b>Nocivo (16-20)</b>	0	-	0	-

Como se pode verificar de seguida, na tabela 8, os resultados obtidos indicam que um participante reduziu o seu nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas (negativos) e vinte e quatro mantiveram o mesmo nível de risco previamente à intervenção (empates). Sendo que, destes 24, 22 já se encontravam no consumo de baixo risco, não se verificou efeito estatisticamente significativo, na redução do nível associado à intervenção realizada ( $Z = -1,000$ ;  $p = 0,317$ ).

Porém, podemos referir que houve um efeito clínico positivo, pois 1 dos participantes evoluiu do nível de risco para o nível de baixo risco.

**Tabela 8**

*Evolução da amostra relativamente ao nível de risco, antes e após intervenção*

	Postos	Frequências	Z	p
<b>Nível de risco final</b>	Negativos	1*		
<b>Nível de risco inicial (n=25)</b>	Positivos	0**	-1,000	0,317
	Empates	24***		

\*Score total após < score total antes

\*\* Score total após > score total antes

\*\*\* Score total após = score total antes

Apesar de se antecipar, dado o pequeno tamanho da amostra, que não se irá verificar um efeito estatisticamente significativo, pretendeu-se executar o processo de averiguação para todas as questões, conforme previsto.

De seguida, iremos observar a evolução relativamente às variáveis medidas pelas questões que integram o AUDIT, utilizando o teste não paramétrico teste de Wilcoxon.

Na tabela 9, no que à frequência de consumo de bebidas alcoólicas diz respeito, é possível observar que 4 participantes diminuíram a sua frequência, 1 participante aumentou e 20 mantiveram-se com a mesma frequência. Relativamente à quantidade de bebidas alcoólicas consumidas num dia normal, 4 participantes diminuíram as suas quantidades, 2 aumentaram e 15 mantiveram as mesmas quantidades. Quanto à frequência de consumo

de seis bebidas ou mais numa única ocasião, 3 participantes diminuíram a sua frequência, 5 aumentaram e 13 mantiveram-se com a mesma frequência de consumo.

**Tabela 9**

Evolução da amostra relativamente à caracterização dos consumos antes e após intervenção

Questões AUDIT	Teste de Wilcoxon			
	Postos	Frequências	Z	p
<b>1- Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?</b>	Negativos (a)	4	-1,414	0,157
	Positivos (b)	1		
	Empates (c)	20		
<b>2- Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?</b>	Negativos (d)	4	-1,000	0,317
	Positivos (e)	2		
	Empates (f)	15		
<b>3- Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?</b>	Negativos (g)	3	-1,299	0,194
	Positivos (h)	5		
	Empates (i)	13		

- a- AUDIT após <AUDIT antes
- b- AUDIT após > AUDIT antes
- c- AUDIT após =AUDIT antes
- d- AUDIT após < AUDIT antes

- e- AUDIT após >AUDIT antes
- f- AUDIT após =AUDIT antes
- g- AUDIT após < AUDIT antes
- h- AUDIT após >AUDIT antes
- i- AUDIT após= AUDIT antes

A tabela 10 expressa a evolução da amostra relativamente aos sintomas de dependência e às consequências dos consumos antes e após intervenção. Nas questões 4, 6, 7, 9 e 10, todos os participantes mantiveram os mesmos sintomas e/ou consequências. Quanto à questão 5, podemos observar que 1 participante, nos últimos 12 meses, diminuiu a frequência de vezes que não conseguia cumprir tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido e 20 mantiveram-se igual. Quanto à questão 8, podemos observar que 1 participante, nos últimos 12 meses, diminuiu a frequência de vezes que não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido e 20 mantiveram-se igual.

**Tabela 10**

*Evolução da amostra relativamente aos sintomas de dependência e às consequências dos consumos antes e após intervenção*

Questões AUDIT	Teste de Wilcoxon			
	Avaliação Antes e após (n=25)			
	Postos	Frequências	Z	p
<b>4- Nos últimos 12 meses, com que frequência se aperceber que não conseguia parar de beber depois de começar?</b>	Negativos (a)	0	0,000	1,000
	Positivos (b)	0		
	Empates (c)	21		
<b>5- Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?</b>	Negativos (d)	1	-1,000	0,317
	Positivos (e)	0		
	Empates (f)	20		

<b>6- Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?</b>	Negativos (g)	0		
	Positivos (h)	0	0,000	1,000
	Empates (i)	21		
<b>7- Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido?</b>	Negativos (j)	0		
	Positivos (k)	0	0,000	1,000
	Empates (l)	21		
<b>8- Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?</b>	Negativos (m)	1		
	Positivos (n)	0	-1,000	0,317
	Empates (o)	20		
<b>9- Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?</b>	Negativos (p)	0		
	Positivos (q)	0	0,000	1,000
	Empates (r)	21		
<b>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?</b>	Negativos (s)	0		
	Positivos (t)	0	0,000	1,000
	Empates (u)	21		

- a- AUDIT após <AUDIT antes
- b- AUDIT após > AUDIT antes
- c- AUDIT após =AUDIT antes
- d- AUDIT após< AUDIT antes
- e- AUDIT após >AUDIT antes
- f- AUDIT após =AUDIT antes
- g- AUDIT após< AUDIT antes
- h- AUDIT após >AUDIT antes
- i- AUDIT após= AUDIT antes

- j- AUDIT após< AUDIT antes
- k- AUDIT após>AUDIT antes
- l- AUDIT após= AUDIT antes
- m- AUDIT após< AUDIT antes
- n- AUDIT após> AUDIT antes
- o- AUDIT após= AUDIT antes
- p- AUDIT após< AUDIT antes
- q- AUDIT após> AUDIT antes
- r- AUDIT após= AUDIT antes
- s- AUDIT após< AUDIT antes
- t- AUDIT após> AUDIT antes
- u- AUDIT após= AUDIT antes

#### **2.1.4. Discussão**

Na discussão do presente estudo pretende-se analisar e refletir criticamente acerca dos resultados obtidos no mesmo, tendo por base os objetivos delineados inicialmente.

Partindo do início e da oportunidade que nos foi proporcionada pela câmara municipal da região de Trás-os-Montes para a realização deste estudo, possuindo esta uma grande influência na população, demonstrou uma abertura enorme para o conhecimento e para a melhoria contínua da saúde dos seus trabalhadores.

Projetos desta ordem visam promover estilos de vida saudáveis, perceber como se encontra a saúde dos trabalhadores e intervir de forma estruturada e rigorosa, tendo sempre como objetivo primordial obter algum ganho em saúde. (SICAD, 2014).

A literatura existente acredita que as intervenções nestes contextos serão melhor sucedidas se estas não se apresentarem dirigidas ao consumo de substâncias, mas sim à saúde do trabalhador. Hermansson et al., (2010) e Khadjesari et al., (2014) corroboram essa ideia explicando que as intervenções a realizar no domínio das substâncias psicoativas devem ser executadas juntamente com avaliações de saúde, pois tendem a ser mais facilmente aceites pelos participantes quando estão inseridas numa avaliação global de saúde, como se verifica neste estudo.

Primeiramente, e tendo em conta que a intervenção ao nível do consumo de álcool foi integrada numa avaliação mais ampla de saúde, é pertinente referir que, no que diz respeito aos comportamentos de saúde avaliados, verificou-se um efeito clínico relevante, pois foram detetadas situações em que existiam alterações em parâmetros como a tensão arterial, glicémia, peso, entre outros (os participantes desconheciam as mesmas ou não tinham consciência das suas possíveis consequências) e foram alertados para seguimento.

Os resultados obtidos referentes à amostra em estudo não nos permitirem confirmar a hipótese de investigação, portanto torna-se fulcral analisar as limitações deste estudo.

Assim, como já referido, este estudo tem uma amostra pequena. Dos 55 trabalhadores da primeira intervenção, apenas 25 regressaram para uma segunda intervenção.

Segundo os resultados alcançados na presente investigação, podemos verificar que relativamente ao nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas foi verificado um efeito clínico positivo na sua redução, não estatisticamente significativo, associada à intervenção realizada.

Contudo, vários estudos referem efeito positivo, estatisticamente significativo, designadamente: Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Ferreira et al., 2016; Hermansson et al., 2010; Richmond et al., 2000; Watson et al., 2014.

Esta diminuição no nível de risco é visível graças a vários pontos:

Foi observado um efeito clínico positivo na diminuição da frequência de consumo de bebidas que contêm álcool. Outros estudos demonstraram efeito estatisticamente significativo, como: Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Watson et al., 2014. Podemos destacar a importância clínica destas diminuições, pois sabe-se que o consumo prolongado de álcool afeta a saúde dos indivíduos, acarretando consequências para o organismo. Uma redução na frequência de consumo poderá aligeirar os malefícios do álcool.

Foi verificado também um efeito clínico positivo na redução da quantidade de bebidas que contenham álcool, consumidas num dia normal. Outros estudos demonstraram efeito estatisticamente significativo, como: Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Ferreira et al., 2016; Richmond et al., 2000; Watson et al., 2014. Trabalhar sob o efeito de álcool provoca no trabalhador alterações na coordenação e no equilíbrio, bem como no aumento do tempo de reação. Altera ainda a capacidade visual, de perceção, de concentração e de raciocínio. Uma diminuição do consumo de álcool, diminui, por sua vez, uma tendência para a ocorrência de acidentes (20 a 25% dos acidentes de trabalho em todo o mundo ocorrem com trabalhadores que estão sob o efeito de álcool ou drogas), conflitos e poderá ainda diminuir o absentismo e aumentar a produtividade no trabalho, entre outros (Brito & Cardoso, 2020; Oliveira & Souza, 2018).

Quanto à frequência de consumo de 6 ou mais bebidas numa única ocasião, foi verificado um efeito clínico positivo na sua diminuição. Outros estudos demonstraram efeito

estatisticamente significativo, como: Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Watson et al., 2014. Este consumo de 6 ou mais bebidas numa única ocasião, chamado de “consumo episódico excessivo” ou denominado também por “*binge drinking*” é considerado de risco. Um consumo elevado de bebidas alcoólicas num curto espaço de tempo provoca uma concentração elevada de álcool no sangue, podendo trazer consequências graves para o organismo, coma ou mesmo a morte. Este tipo de consumo pode também implicar consequências a nível laboral, principalmente neste contexto de intervenção, onde pode existir por parte de alguns trabalhadores o manuseamento de autocarros, de máquinas e equipamentos. Estas são algumas das atividades que exigem cuidado e atenção e é necessária uma força de trabalho sóbria e atenta (DGS, 2014; Oliveira & Souza, 2018; Valente, 2014).

Foi observado um efeito clínico positivo na diminuição da frequência com que não conseguiu cumprir tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido. Observou-se ainda um efeito clínico positivo na diminuição da frequência com que não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido. Um estudo demonstrou efeito estatisticamente significativo: Brites et al., 2019. Apesar de não existir uma causa-efeito, é pertinente referir que entre as doenças potencialmente provocadas pelo consumo de álcool, encontram as doenças sexualmente transmissíveis. Esta associação ocorre devido à presença de comportamentos de risco, que podem surgir aquando do consumo desmedido de álcool e que pode culminar, em certas situações, no esquecimento das ações realizadas (WHO, 2018).

Focando de seguida a nossa atenção nas diferenças do consumo de bebidas alcoólicas entre género, e sendo esta uma amostra constituída maioritariamente por homens, podemos observar que apenas surgiu uma mulher com consumos acima do nível de baixo risco.

Esta realidade foi também analisada por Scheffer e Almeida (2010), que mencionam existir diferentes características quanto à impulsividade e procura de álcool entre homens e mulheres e que esta associação se relaciona de forma complexa, da qual fazem parte fatores biológicos, comportamentais, cognitivos e hereditários.

Os mesmos autores fazem ainda alusão a que “estas diferenças podem ser observadas na menor tolerância ao álcool por parte das mulheres, sendo que estas tendem a iniciar o consumo de álcool mais tarde e a consumir menores quantidades; entretanto, os homens permanecem sendo os maiores consumidores” (p.7).

Segundo o relatório anual de 2018 sobre a situação do país em matéria de álcool, e retratando este a realidade em Portugal, no ano de 2017 é visível que a prevalência do consumo de álcool continuava a ser maior no sexo masculino (tanto na população dos 15-74 anos como na dos 15-34 anos) em detrimento do sexo feminino (SICAD, 2019).

Para além de todos os fatores já abordados, Machado et al., (2017) apontam outros importantes como a influência cultural, o contexto socioeconómico, o trabalho e a ideia de que o álcool é ainda considerado um símbolo de masculinidade e culturalmente o seu consumo é associado ao sexo masculino. Deste modo, o processo de diagnóstico de PLA no sexo feminino pode ser dificultado, uma vez que existe a possibilidade de não reconhecerem os seus consumos.

Relativamente à relação existente entre o consumo de álcool e os diferentes níveis de escolaridade, os autores referidos anteriormente mencionam que esta relação pode apresentar divergências, pois existem estudos que sugerem existir relação entre uma elevada escolaridade e um consumo de risco, enquanto outros estudos evidenciaram existir relação entre uma menor escolaridade e um consumo de risco e outros estudos não encontraram qualquer relação.

Neste estudo em concreto, não existe relação entre a escolaridade e o consumo de álcool, uma vez que os consumidores de risco estão repartidos pelos diferentes níveis de escolaridade (2º ciclo e ensino secundário), não se evidenciando em nenhum.

Analisando os participantes da nossa amostra, foi possível verificar que existem motoristas dentro da amostra. Os riscos inerentes ao consumo de álcool na condução são inúmeros, como por exemplo a falsa sensação de confiança que o álcool provoca, as alterações a nível da atenção, da coordenação e do tempo de reação a situações imprevisíveis. Mesmo mantendo um consumo de álcool dentro dos limites legais, já podem ser observadas algumas destas alterações no trabalhador, existindo a possibilidade de culminar em acidentes (Oliveira & Souza, 2018; Valente, 2014).

De seguida, abordar-se-á uma das questões limitadoras do estudo. Esta diz respeito às respostas que cada participante deu no questionário, mais concretamente no AUDIT. Alguns dos participantes poderão ter respondido em função da desejabilidade social, sendo este o conceito mais frequente no enviesamento de respostas.

O enviesamento de respostas é caracterizado como “uma tendência sistemática de alguns sujeitos para responderem aos itens dos instrumentos de uma forma que não é coerente

com o conteúdo específico do item nem com o constructo que ele pretende medir”. Estes são ainda influenciados pelas características pessoais, pelos instrumentos de avaliação utilizados e pelos contextos onde são aplicados (Almiro, 2017, p.253).

O mesmo autor menciona ainda que a desejabilidade social consiste, mais concretamente, no ato dos participantes evidenciarem atitudes e/ou comportamentos de acordo com os valores esperados socialmente. As suas respostas são mediante o que será mais correto, aceitável ou desejável, graças a uma necessidade de ser aprovado socialmente pela cultura onde se inserem.

Esta é uma questão fulcral pois este conceito, que muitas vezes é negligenciado nos estudos sobre álcool e/ou drogas, influencia a motivação dos participantes para a mudança e remete-os para uma resposta não real acerca dos seus consumos, graças à imagem social negativa sobre estes (Esgaio & Barroso, 2018).

Assim, neste estudo concretamente, e tendo em conta que este se realiza no próprio contexto de trabalho dos participantes, o efeito da desejabilidade social poderá ser mais evidente pois está subjacente a todo um ambiente influenciador, dotado de valores desejáveis pela empresa, que o trabalhador deveria cumprir. Assim, é possível que os resultados obtidos na investigação a possam comprometer.

Somado a este fator, existem ainda níveis elevados de estigma direcionado às pessoas com consumos abusivos de bebidas alcoólicas. O abuso de álcool e o alcoolismo estão entre as perturbações mais estigmatizantes. Por sua vez, o estigma (pessoal e percebido) é considerado um obstáculo na procura de ajuda e por conseguinte, pode conduzir a um prolongamento do problema no tempo (Loureiro, 2013).

Aqui, acresce ainda uma visão que a população tem dos trabalhadores da câmara, pois é espectável, que não consumam bebidas alcoólicas pois trabalham ao serviço da população.

No sentido de minimizar o impacto da desejabilidade social, Mortel (2008) salienta algumas estratégias, tais como: rejeitar dados com altos scores de influência de desejabilidade social; registar o impacto da desejabilidade social mas não a controlar e corrigir os dados de sujeitos com altos scores de influência de desejabilidade social.

Até ao momento foram já relatadas algumas limitações do presente estudo, todavia, é de referir ainda que por ter sido utilizado um estudo de natureza quase-experimental, com apenas um único grupo e sem grupo de controlo, poderá ter limitado a investigação.

Também se sugere que, em investigações futuras, a avaliação da intervenção se realize passado mais tempo (em vez dos 6 meses, prolongar-se por exemplo a 7 e 12 meses).

Idealmente aconselha-se a criação e uniformização de protocolos de intervenção específicos em meio laboral, pois intervenções deste tipo têm vantagens relativamente aos custos associados, ao curto espaço de tempo necessário, à sua implementação e ao menor número de profissionais necessários, em comparação com outras intervenções (Baby et al., 2020).

É visível a importância e necessidade do enfermeiro na literatura existente (Baby et al., 2020; Brites et al., 2019; Oliveira & Souza 2018). Por sua vez, o profissional mais capacitado para desenvolver este tipo de intervenções é o EESMP. O seu papel é imprescindível na realização destes protocolos, pois este profissional é dotado de “um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, resultantes de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto, p.21427). Presta cuidados de âmbito socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional à pessoa ao longo do ciclo de vida, à família, grupos e à comunidade na otimização da saúde mental. Mais especificamente, detém a capacidade de coordenar, implementar e desenvolver projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.

Como por exemplo, neste caso em concreto, a implementação de programas/ projetos de promoção da saúde mental em locais de trabalho, ao nível do consumo de substâncias psicoativas uma vez que é dotado da sensibilidade necessária para a criação de uma relação de ajuda e de seguimento no tempo.

## CONCLUSÃO

Em meio laboral, o consumo de álcool pode apresentar-se como um fator influenciador para a diminuição do desempenho do trabalhador, aumentando o risco de acidentes, de erros, de atrasos, absentismo. Contudo, um ambiente de trabalho de grande esforço, stress, baixo salário, entre outros, pode eventualmente conduzir ao consumo de bebidas alcoólicas, na medida em que a pessoa procura nos efeitos do álcool uma forma de atenuar o sofrimento mental e a sobrecarga emocional.

Surge assim a elaboração do presente estudo, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o objetivo de avaliar se as IB são eficazes nos trabalhadores de uma camara municipal da região de Trás-os-Montes, que possuam problemas ligados ao álcool e aqueles em risco de os virem a desenvolver.

Para a execução deste objetivo, foi utilizado um desenho de nível IV- estudos que verificam as hipóteses causais, de natureza quase-experimental, com avaliação antes e após com um único grupo. Foi implementado o protocolo SBIRT, sugerido pela OMS e pela DGS e adaptado de Barbor e Higgens-Biddle, 2001, sendo que este já foi testado em pesquisas anteriores, executadas na Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O momento escolhido para a realização do presente estudo foi no mês de novembro de 2022 com *follow-up* 6 meses após, ou seja, no mês de maio de 2023.

A avaliação da eficácia da intervenção efetuou-se com a comparação entre o score inicial e o score final do instrumento AUDIT. Esta demonstrou um efeito clínico positivo na redução do nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas nos trabalhadores de uma camara municipal da região de Trás-os-Montes.

A diminuição no score total do AUDIT foi devido à existência de uma redução ao nível da frequência de consumo de bebidas que contêm álcool, uma redução da frequência de consumo de 6 ou mais bebidas numa única ocasião, uma redução da quantidade de bebidas que contenham álcool, consumidas num dia normal, uma redução da frequência

com que não conseguiu cumprir tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido, uma redução da frequência com que não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido.

Importa realçar que alguns dos participantes do estudo indicaram que, após a intervenção, ganharam ou aumentaram os seus conhecimentos acerca dos níveis de risco de consumo de bebidas alcoólicas, das unidades padrão e ainda acerca dos danos causados pelo consumo de álcool, quer sejam eles somáticos/físicos, psicológicos ou relacionais, salientando a importância da intervenção.

Quanto às questões limitadoras/dificuldades na realização do estudo, podemos indicar alguma falta de disponibilidade por parte dos trabalhadores de uma câmara municipal da região de Trás-os-Montes para a participação no estudo, culminando num número limitado de participantes, tornando a amostra pequena quando comparada com o número total de trabalhadores.

Este acontecimento deveu-se sobretudo à necessidade dos voluntários despendem tempo do seu intervalo ou tempo antes ou depois do turno de trabalho, para se dirigem ao local da intervenção. Ainda sim, e com estes constrangimentos, foi elevada a adesão por parte dos mesmos ao estudo (numa primeira colheita 55 participantes) e prosseguiu-se então com a avaliação da evolução destes quanto ao nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas.

Outras limitações como a inexistência de um grupo de controlo, o curto espaço de tempo desde a implementação da intervenção até à sua avaliação, o estigma e a desejabilidade social, são tidos como fatores influenciadores nos resultados da intervenção.

Sugere-se, futuramente, que sejam criados protocolos específicos de intervenção no meio laboral, fornecida a devida formação aos intervenientes da medicina no trabalho, uma vez que estes se apresentam como elementos fulcrais pois é-lhes possível manter uma continuidade nas suas avaliações, para além de que intervenções deste tipo têm ainda vantagens associadas aos custos, ao curto espaço de tempo necessário à sua implementação e ao menor número de profissionais necessários, em comparação com outras intervenções.

A realização da investigação neste contexto pretende também sensibilizar a os trabalhadores para que pessoas com PLA possam considerar que a medicina no trabalho

é um local onde podem e devem referir com veracidade os seus consumos, sem risco de estigma e com garantia de confidencialidade perante a própria empresa.

Uma outra possível alternativa para a implementação deste tipo de protocolos no meio laboral é através da web/ online. Estudos sugerem vantagens, principalmente a nível de um maior número de participantes, contudo, a entrevista motivacional poderá ficar comprometida?

Concluindo, pode-se afirmar que existiu um balanço positivo na realização deste estudo, culminado em ganhos em saúde para os participantes, apesar de algumas limitações já mencionadas. O meio laboral deve ser considerado um local de excelência para intervenção, pois grande parte do nosso tempo é passado a trabalhar. O local de trabalho deve ser um meio saudável, tranquilo e que estimule a saúde mental dos indivíduos, pois deste faz parte a população ativa, que é também a que menos acede aos cuidados de saúde.



## **REFLEXÃO FINAL**

Findando este percurso, chega o momento de refletir criticamente acerca de todo o processo de ensino/ aprendizagem. A elaboração do presente relatório permitiu sintetizar e espelhar todo o percurso percorrido durante a aquisição de competências específicas do EESMP na prática clínica, bem como a elaboração da componente de investigação, neste caso, do estudo de investigação.

Ter a oportunidade de percorrer vários contextos de estágio foi o impulsionar para um crescimento pessoal e profissional. Cada contexto, com a sua especificidade, demonstrou-se enriquecedor na medida em que o contacto com a prática clínica permitiu o desenvolvimento de ferramentas pessoais e profissionais, como o desenvolvimento de habilidades, a mobilização de conhecimentos, o treino de técnicas psicoterapêuticas, o desenvolvimento de técnicas no domínio das metodologias de investigação em enfermagem e acima de tudo, a capacidade de empenho e resiliência ao longo de todo o percurso.

No que à parte da componente de investigação diz respeito, como referi no início do presente relatório, pretendeu-se avaliar novamente o efeito das intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool, porém desta vez em trabalhadores de uma câmara municipal da região de Trás-os-Montes. O contexto laboral, como já referi ao longo do relatório é considerado uma área de intervenção emergente, pois é esta a população ativa e a que por sinal recorre menos aos serviços de saúde. É imprescindível que o meio laboral seja promotor de saúde mental e não um elemento gerador de stress e sofrimento, tendo em conta que é neste que é despendido a maior parte do nosso tempo.

Os resultados obtidos no estudo, demonstraram que através da intervenção breve é possível induzir alterações nos comportamentos nocivos à saúde mental. Contudo, intervenções desta ordem são necessárias serem implementadas numa perspetiva de continuidade no tempo, para assim ser possível obter ganhos em saúde.

Deste modo, posso afirmar que o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica me permitiu desenvolver competências específicas do EESMP, tais como: detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Permitiu-me ainda desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, tais como: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Em jeito de conclusão, considero que me superei. Considero que tive a capacidade de aprofundar e mobilizar conhecimentos para a prática clínica, refletindo acerca dos mesmos, sempre integrando responsabilidade, a capacidade de tomar decisões, a iniciativa e acima de tudo, o culminar num desenvolvimento pessoal e profissional.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aliane, P. P. (2012). Avaliação da eficácia de intervenções breves com gestantes na redução do consumo de álcool. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. <https://doi.org/10.11606/T.17.2012.tde-06032013-162719>
- Almeida., J. & Xavier M. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º relatório*. Lisboa, Portugal: Autor
- Almiro, P. (2017). Uma nota sobre a Desejabilidade Social e o Enviesamento de Respostas. *Periódicos Eletrônicos em Psicologia*, 3(16). <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Porto Alegre: Artmed. [https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM\\_V.pdf](https://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf)
- Anderson, P., Gual, A., & Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification an Brief Interventions*. [https://inebria.net/wp-content/uploads/2017/09/cg\\_1.pdf](https://inebria.net/wp-content/uploads/2017/09/cg_1.pdf)
- Andrade, A. G., & Oliveira, L. G. (2009). *Principais consequências em longo prazo relacionadas ao consumo moderado de álcool*. <https://www.saudedireta.com.br/docsupload/1333061365alcoolesuasconsequencias-pt-cap2.pdf>
- Autoridade para as Condições do Trabalho (2008). *Problemas Ligados ao Álcool e a Drogas no Local de Trabalho: uma evolução para a prevenção*. (Organização Internacional do Trabalho, Trad.). Lisboa, Portugal: Autor.
- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief Intervention for hazardous and harmful drinking: A manual for use in primary care*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67210/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6b-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67210/WHO_MSD_MSB_01.6b-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test*. Guidelines for Use in Primary Care (2ª ed.).

- Genebra, Suíça: World Health Organization.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6a.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf)
- Baby, S., Singh, H., Singh, R., Dixit, S., Chail, A., & Dubey, A. (2020). *Outcome of a “modified brief intervention” program delivered at work place for a population with hazardous alcohol use.* <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33223725/>
- Barroso, T. (2020). *Entrevista Motivacional.* In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 97-101). Lidel.
- Barroso, T. M. M. D. de A. (2012). *Parar para Pensar: Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso/abuso de álcool.* Loures, Portugal: Lusociência.
- Brites, R., Abreu, A., & Portela, L. (2019). Reduction of the alcohol consumption among workers using a brief intervention. Rio de Janeiro, Brasil.  
<https://www.scielo.br/pdf/tce/v28/1980-265X-tce-28-e20180135.pdf>
- Brito, D., & Cardoso, M. (2020). *Padrões de consumo de Álcool associados a acidentes de trabalho em Portugal em 2017.* *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional, 10*, 1-30.  
<https://doi.org/10.31252.28.11.2020>
- Broholm, K., Galluzzo, L., Gandin, C., Ghirini, S., Ghiselli, A., Jones, L., Martire, S., Mongan, D., Montonen, M., Mäkelä, P., Rossi, L., Sarrazin, D., Scafato, E., Schumacher, J., & Steffens, R. (2016). *Good practice principles for low risk drinking guidelines.* National Institute for Health and Welfare.  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131322/WP5%20Good%20practice%20low%20risk%20guidelines.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chaves, M. (2014). Epistemologia da Enfermagem. *Teorias da Nova Geração: Afaf Meleis e Transições: Um conceito Central em Enfermagem.* Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Chick, N. & Meleis, A.I. (1986). *Transitions: a nursing concern.* In P. L. Chinn (Ed.).(1986). *Nursing research methodology*, (pp. 237-257). Boulder, CO: Aspen Publication.  
<https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1008&context=nrs>
- Coelho., J. & Sousa., L. (2020). *Relaxamento.* In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 202-210). Lidel.
- Dasgupta, A., Ray, S., Pal, J., Biswas, R., Ray, D. & Ghosal A. (2013). Alcohol Consumption by workers in automobile repair shops of a slum of Kolkata: Na assessment

with AUDIT instrument. *Nepal Journal of Epidemiology*, 3(3), 269-274. <https://doi.org/10.3126/nje.v3i3.9188>

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa, Portugal: Ministério da Saúde

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Deteção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool*. Lisboa, Portugal: Autor. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0302012-de-28122012-png.aspx>

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). Unidade Curricular: Estágio com Relatório – Guia Orientador. Coimbra, Portugal: Autor.

Esgaio, T. M. G., & Barroso, T. M. M. D. A. (2018). *Screening* e intervenções breves na redução do consumo de álcool em utentes num serviço de urgência. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 85-94. <https://doi.org/10.12707/RIV17110>

Felicíssimo, F. B., Barros, V. V., Pereira, S. M., Rocha, N. Q., & Lourenço, L. M. (2014). A systematic review of the transtheoretical model of behaviour change and alcohol use. *Psychologica*, 57(1), 7-22. [http://doi.org/10.14195/1647-8606\\_57\\_1\\_1](http://doi.org/10.14195/1647-8606_57_1_1)

Ferreira, M. L., Albertoni, M. R., Silva, N. B., & Sartes, L. M.,A. (2016). Avaliação da Efetividade da Intervenção Breve para a Prevenção do Uso de Álcool no Trabalho. *Psicologia em Pesquisa*, 10(1), 34-43. <https://doi.org/10.24879/201600100010045>

Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11, 371-375. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016>

Guimarães, MSF. & Silva, LR. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*. Rio de Janeiro. Recuperado de <https://journaldedados.files.wordpress.com/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>.

Hamamura, T., Suganuma, S., Takano., A., Matsumoto, T., & Shimoyama, H. (2018). The efficacy of a web-based screening and brief intervention for reducing alcohol consumption among japanese problema drinkers: Protocol for a single-blind randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 7(5): e10650. <https://doi.org/10.2196/10650>

- Hermansson, U., Helander, A., Brandt, L., Huss, A., & Rönnerberg, S. (2010). Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-Year Randomized Controlled Study. *Alcohol and Alcoholism*, 45(3), 252-257. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agq021>
- Janeiro., L. & Faísca., L. (2015). Guia de Aplicação e Interpretação da SOCRATES 8D. Universidade do Algarve, Portugal. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.18810.64963>
- Jorge, F. M., Moreira, M. T., Pereira, M. O. & Barroso, T. M. M. D. A. (2017). Intervenções breves na redução do consumo de álcool em utentes de uma unidade de saúde familiar. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 79-88. <https://doi.org/10.12707/RIV17037>
- Joseph, J. & Basu, D. (2016). Efficacy of Brief Interventions in Reducing Hazardous or Harmful Alcohol Use in Middle-Income Countries: Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Alcohol and Alcoholism*, 52(1), 56-64. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agw054>
- Khadjesari, Z., Freemantle, N., Linke, S., Hunter, R., & Murray, E. (2014). Health on the web: randomized controlled trial of online screening and brief alcohol intervention delivered in a workplace setting. *PLOS ONE*, 10(4): e0127371. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0127371>
- Kim, H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing* (3<sup>a</sup> ed). New York: Springer publishing company.
- Loureiro, L. M. J. (2013). Estigma pessoal e percebido acerca do abuso de álcool e intenção de procura de ajuda. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 59-66. <https://doi.org/10.12707/RIII1360>
- Machado, Í. E., Monteiro, M. G., Malta, D. C., Lana, F. C. F. (2017). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: relação entre o uso de álcool e características sociodemográficas segundo o sexo no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 3(20), 408-422. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700030005>
- McPherson, T., Goplerud, E., Derr, D., Mickenberg, J., & Coutthemarche, S. (2010). Telephonic screening and brief intervention for alcohol misuse among workers contacting the employee assistance program: A feasibility study. *Drug and Alcohol Review*, 9(6), 641-646. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2010.00249.x>

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company. [https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions\\_theory\\_middle\\_range\\_and\\_situation\\_specific\\_theories\\_in\\_nursing\\_research\\_and\\_practice.pdf](https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory_middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf)
- Minto, E. C., Corradi-Webster, C. M., Gorayeb, R., Laprega, M. R., & Furtado, E. F. (2007). Intervenções breves para o uso abusivo de álcool em atenção primária. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16(3), 207-220. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000300007>
- Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 4(25), 40-48. Recuperado de [https://www.ajan.com.au/archive/Vol25/Vol\\_25-4\\_vandeMortel.pdf](https://www.ajan.com.au/archive/Vol25/Vol_25-4_vandeMortel.pdf)
- Moutinho, L. (2018). *Consumo de Álcool: da experimentação precoce ao consumo de risco*. (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.
- Oliveira, J. L. & Souza, J. (2018). Fatores associados ao consumo de álcool entre trabalhadores públicos da manutenção. *Acta Paulista de Enfermagem*, 31(1), 17-24. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800004>
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. (I. Aguado, Trad.). Madrid, Espanha: Ministerio de Sanidad Y Consumo. [https://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf?ua=1](https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf?ua=1)
- Patrício, S. M., Finnell, D. S., & Barroso, T. (2016). Efeito das intervenções breves na redução do consumo de álcool em indivíduos portadores do vírus da imunodeficiência humana. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 41-49. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV16052>
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS*. 5ª Edição. Lisboa: Edições Silabo.
- Peters M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: E. Aromataris & Z. Munn (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

- Pinto, P. S. (2018). *Os dias da história: Fim da “Lei Seca” nos EUA*. <https://ensina.rtp.pt/artigo/fim-da-lei-seca-nos-eua/>
- Queirós, P. J. P. (2011). Enfermagem: ciência humana prática. *Sinais vitais enfermagem em revista*, 97, 13-16.
- Rego, A. & Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por “enfermeiro de referência” promove a qualidade. *Servir*, 99(5-6).
- Regulamento n.º 356/2015 de 25 de junho. *Diário da República n.º 1256/2015 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento n.º 515/2018 de 7 de agosto. *Diário da República n.º 151/2018 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Richmond, R., Kehoe, L., Heather, N., & Wodak, A. (2000) Evaluation of a Workplace Brief Intervention for Excessive Alcohol Consumption: The Workscreen Project. *Preventive Medicine*, 30(1), 51-63. <https://doi.org/10.1006/pmed.1999.0587>
- Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2018). *Literacia em saúde mental sobre abuso de álcool: Um estudo com adolescentes portugueses*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (Spe.6)*, 31-38.
- Rosa, N. R. P., Abreu, A. M. M. & Barroso, T. (2015). Effect of brief interventions in reducing hazardous alcohol consumption in users receiving methadone treatment. [https://www.researchgate.net/publication/296705536\\_Effect\\_of\\_brief\\_interventions\\_in\\_reducing\\_hazardous\\_alcohol\\_consumption\\_in\\_users\\_receiving\\_methadone\\_treatment](https://www.researchgate.net/publication/296705536_Effect_of_brief_interventions_in_reducing_hazardous_alcohol_consumption_in_users_receiving_methadone_treatment).
- Rosa, N., R., P., (2012). *Efeito das Intervenções Breves na redução do nível de risco de consumo de álcool em indivíduos em Programa de Tratamento com Metadona*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.
- Sampaio., F., Sequeira., C., & Lluch-Canut., T. (2020). *Intervenção Psicoterapêutica de Enfermagem*. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 171-173). Lidel.
- Santos., B., Gonçalves., P., Sequeira., C. & Curto., P. (2020). *Reestruturação cognitiva*. In C. Sequeira & F. Sampaio (Eds.). *Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções* (pp. 186-189). Lidel.

- Scheffer, M., & Almeida, R. (2010). Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamentos impulsivos, aspectos cognitivos e neuroquímicos. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 2(3), 1-11. <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnl/v2n3/v2n3a01.pdf>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2002). *Rede de referência/articulação: AUDIT-Alcohol Use Disorders Identification Test*. [https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalhe.aspx?itemId=2&lista=SICAD\\_INSTRUMENTOS&bkUrl=/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/](https://www.sicad.pt/PT/Intervencao/RedeReferenciacao/SitePages/detalhe.aspx?itemId=2&lista=SICAD_INSTRUMENTOS&bkUrl=/BK/Intervencao/RedeReferenciacao/)
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*. [http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD\\_Plano\\_Nacional\\_Reducacao\\_CAD\\_2013-2020.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Institucional/Coordenacao/Documents/Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reducacao_CAD_2013-2020.pdf)
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2014). *Segurança e Saúde do Trabalho e Prevenção do Consumo de Substâncias Psicoativas: Linhas Orientadoras para a Intervenção em Meio Laboral*. [http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentsTecnicoNormativos/Lists/SICAD\\_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/19/SICAD%20-%20LinhasOrientadorasParaIntervencaoEmMeioLaboral.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/DocumentsTecnicoNormativos/Lists/SICAD_DOCUMENTOSNORMATIVOS/Attachments/19/SICAD%20-%20LinhasOrientadorasParaIntervencaoEmMeioLaboral.pdf)
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2019). *Relatório anual 2018: A Situação do País em Matéria de Álcool*. [http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/161/RelatorioAnual\\_2018\\_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool\\_PT.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/161/RelatorioAnual_2018_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf)
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2022). *Relatório Anual 2021: A situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Recuperado de: [http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/178/RelatorioAnual\\_2021\\_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicodependencias.pdf](http://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/178/RelatorioAnual_2021_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicodependencias.pdf)
- Silva, T., P., T. (2010). *Consumo de álcool nos toxicodependentes em tratamento*. (Dissertação de mestrado). Instituto Superior de Ciências da Saúde, Gandra.
- Sousa, K. (2017). *Alguns fatores que influenciam o consumo precoce de álcool*. Revista Espaço Académico (193), 92-101.

- Teixeira, L. M. B. (2021). *Intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool em trabalhadores de um serviço de transportes urbanos*. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal
- Valente, J. (2014). *Perturbações relacionadas com o álcool*. In C. B. Saraiva & J. Cerejeira (Eds.). *Psiquiatria Fundamental* (pp. 367-383). Lidel.
- Watson, H., Godfrey, C., McFadyen, A., McArthur, K., Stevenson, M., & Holloway, A. (2014). Screening and brief intervention delivery in the workplace to reduce alcohol-related harm: A pilot randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 39-48. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.013>
- World Health Organization (2014). *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Genebra, Suíça: Autor. [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf)
- World Health Organization (2018). *Global Status Report on Alcohol and Health 2018*. Genebra, Suíça: Autor. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639>
- Zagonel, I. P. S. (1999). *O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem*. *Revista latino-americana enfermagem*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3), 25-32. <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Planos de sessão e grelhas de avaliação sessões psicoeducação



## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

### AOT: “Alimentação saudável”- 1ª sessão

**Tema:** Alimentação Saudável

**Nº Sessões:** 2 sessões: **1ª:** 16/10/2018; **2ª:** 19/10/2018.

**Hora:** 11H; **Duração:** 25 minutos; **Local:** Sala de AOT's do serviço de Psiquiatria A. **Responsável pela atividade:** Lícia Teixeira.

**Finalidade:** Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável, promovendo hábitos alimentares saudáveis.

**Objetivos específicos:** - Que reconheçam os alimentos saudáveis (até 4 alimentos);

-Que consigam compor uma refeição (almoço) equilibrada (escolhendo alimentos de cada grupo da roda dos alimentos, num máximo de 4 alimentos);

-Que desenvolvam capacidades cognitivas de atenção e concentração.

**Participantes:** doentes do serviço de Psiquiatria A, grupo máximo de 5 pessoas por sessão.

**Critérios de inclusão:** doentes com diagnóstico de “tristeza” e/ou tendência para o isolamento.

**Critérios de não inclusão:** défices cognitivos impeditivos; comportamentos agressivos; défices sensoriomotores impeditivos.

**Recursos necessários:** Computador, figuras de alimentos em papel, mesas e cadeiras.

**Metodologia:** -Através do método expositivo e com recurso a *powerpoint* expor a temática e conceitos importantes da mesma (nutrientes e a sua função, elucidando com exemplos de alimentos e explicar a roda dos alimentos), durante 10 minutos; -Através do método interativo, criar um “prato de almoço saudável”, selecionando um máximo de 4 imagens de alimentos em papel (têm à escolha alimentos que fazem parte da roda dos alimentos e outros que não fazem parte), durante 5 minutos; -Através do método interativo, discutir com as doentes as suas opções, incentivando sempre a escolha de alimentos saudáveis, que constem na roda dos alimentos, durante 5 minutos;

-Avaliar a sessão com recurso a grelha onde conste o reconhecimento de alimentos saudáveis, as suas opções de alimentos, a sua capacidade de atenção e concentração e ainda a sensação ao participar na atividade, durante 5 minutos.



## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

### AOT: “Alimentação saudável”- 2ª sessão

**Tema:** Alimentação Saudável

**Nº Sessões:** 2 sessões: **1ª:** 16/10/2018; **2ª:** 19/10/2018.

**Hora:** 11H; **Duração:** 25 minutos; **Local:** Sala de AOT's do serviço de Psiquiatria A. **Responsável pela atividade:** Lícia Teixeira.

**Finalidade:** Aumentar o conhecimento sobre alimentação saudável, promovendo hábitos alimentares saudáveis.

**Objetivos específicos:** - Que reconheçam os alimentos saudáveis (até 4 alimentos);

-Que consigam compor uma refeição (lanche) equilibrada (escolhendo alimentos da roda dos alimentos, num máximo de 4);

-Que desenvolvam capacidades cognitivas de atenção e concentração.

**Participantes:** doentes do serviço de Psiquiatria A, grupo máximo de 5 pessoas. Nesta 2ª sessão, os participantes não podem ser os mesmos da 1ª sessão.

**Critérios de inclusão:** doentes com diagnóstico de “tristeza” e/ou tendência para o isolamento.

**Critérios de não inclusão:** défices cognitivos impeditivos; comportamentos agressivos; défices sensoriomotores impeditivos.

**Recursos necessários:** Computador, figuras de alimentos em papel, mesas e cadeiras.

**Metodologia:** -Através do método expositivo e com recurso a *powerpoint* expor a temática e conceitos importantes da mesma (nutrientes e a sua função, elucidando com exemplos de alimentos e explicar a roda dos alimentos), durante 10 minutos; -Através do método interativo, criar um “prato de lanche saudável”, selecionando um máximo de 4 imagens de alimentos em papel (têm à escolha alimentos que fazem parte da roda dos alimentos e outros que não fazem parte), durante 5 minutos; -Através do método interativo, discutir com as doentes as suas opções, incentivando sempre a escolha de alimentos saudáveis, que constem na roda dos alimentos, durante 5 minutos;

-Avaliar a sessão com recurso a grelha onde conste o reconhecimento de alimentos saudáveis, as suas opções de alimentos, a sua capacidade de atenção e concentração e ainda a sensação ao participar na atividade, durante 5 minutos.





## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

### AOT: “Exercício Físico”

**Tema:** Exercício Físico

**Nº Sessões:** 1 sessão, repetida uma 2ª vez: 1/11/2018 e 2/11/2018.

**Hora:** 11H; **Duração:** 40 minutos; **Local:** Espaço exterior do serviço Psiquiatria Sobral Cid. **Responsável pela atividade:** Lícia Teixeira.

**Finalidade:** - Promover a adesão a um padrão de atividade física mais saudável.

**Objetivos específicos:-** Participem na atividade;

-Realizem os exercícios propostos;

-Desenvolvam capacidades de atenção e concentração.

**Participantes:** doentes do serviço Psiquiatria Sobral Cid, grupo máximo de 6 pessoas por sessão, podendo ser os mesmos participantes.

**Crítérios de inclusão:** doentes com diagnóstico de tristeza (podendo participar pessoas com outro diagnóstico).

**Crítérios de não inclusão:** défices cognitivos impeditivos; comportamentos agressivos; défices sensoriomotores impeditivos.

**Recursos necessários:** Calçado confortável.

**Metodologia:**

-Através do método expositivo, expor a temática e explicar os benefícios do exercício físico para a saúde física e mental, demonstrando alguns exercícios simples de flexibilidade, resistência e força e incentivar a sua prática regular, durante 10 minutos;

- Iniciar uma caminhada no espaço exterior, em redor do serviço, fazendo 3 pequenas pausas durante a mesma (2 minutos para cada pausa, incentivando as doentes a utilizar esse tempo para realizar os exercícios demonstrados anteriormente, instruindo sempre que necessário), num tempo total de 25 minutos;

-Avaliar a sessão com recurso a grelha onde conste a capacidade de realizar ou não cada tipo de exercício, a capacidade de atenção e concentração e ainda a sensação ao participar na atividade, durante 5 minutos.





## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

### AOT: “Sono e Repouso”

**Tema:** Sono e Repouso

**Nº Sessões:** 2 sessões: **1ª:** 29/10/2018; **2ª:** 30/10/2018.

**Hora:** 11H; **Duração:** 25 minutos; **Local:** Sala de estar do serviço Psiquiatria Sobral Cid. **Responsável pela atividade:** Lícia Teixeira.

**Finalidade:** Aumentar o conhecimento sobre os benefícios de um sono reparador, promovendo hábitos de vida saudáveis.

**Objetivos específicos:** - Reconheçam a importância de um sono reparador;

-Mencionem hábitos saudáveis para uma boa higiene do sono.

**Participantes:** doentes do serviço Psiquiatria Sobral Cid, grupo máximo de 5 pessoas por sessão. **Critérios de inclusão:** doentes com diagnóstico de insónia.

**Critérios de não inclusão:** défices cognitivos impeditivos; comportamentos agressivos; défices sensoriomotores impeditivos.

**Recursos necessários:** Computador, mesas e cadeiras.

**Metodologia:** -Através do método expositivo e com recurso a *powerpoint* expor a temática e conceitos importantes da mesma (funções do sono: recuperação do organismo; consolidação da memória; algumas hormonas libertadas durante o sono e as respectivas funções; descanso dos músculos e ainda algumas medidas gerais para uma boa higiene do sono: evitar o consumo de bebidas estimulantes antes de adormecer; tentar estabelecer uma hora para dormir e para despertar; minimizar a luz e o ruído no quarto; eventuais refeições antes do adormecer deverão ser leves; entre outras), durante 15 minutos;

-Através do método interativo, apresentar várias imagens de hábitos que contribuam para uma boa higiene do sono e outras imagens que não contribuam e pedir a cada doente que seleccione 1 imagem de cada, discutindo com cada uma as suas opções, incentivando sempre a escolha de bons hábitos, durante 7 minutos;

-Avaliar a sessão com recurso a grelha onde conste o reconhecimento de bons e maus hábitos de sono, a sua capacidade de atenção e concentração e ainda a sensação ao participar na atividade, durante 3 minutos.



## **APÊNDICE II**

Plano de sessão e grelha de avaliação- Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson



## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

### Sessão de relaxamento progressivo de Jacobson

**Tema:** Relaxamento progressivo de Jacobson

**Nº Sessões:** 10 sessões: **1ª:** 10/10/2018; **2ª/3ª/4ª:** 15/10 a 21/10; **5ª/6ª/7ª:** 22/10 a 28/10; **8ª/9ª:** 29/10 a 4/11; **10ª:** 5/11 a 10/11.

**Hora:** 11:30H ou 21H; **Duração:** 40 minutos; **Local:** Ginásio do serviço de Psiquiatria A. **Responsável pela atividade:** Lícia Teixeira;

**Finalidade:** Redução da tensão muscular das participantes.

**Objetivos específicos:** - Que aprendam a reconhecer o que é estar em contração muscular e estar em relaxamento muscular;

-Que consigam realizar o relaxamento progressivo, de forma autónoma;

-Que aumentem a eficácia no auto controlo da ansiedade.

**Participantes:** doentes do serviço de Psiquiatria A, grupo máximo de 4 pessoas.

**Critérios de inclusão:** doentes com autocontrolo ansiedade não demonstrado.

**Critérios de não inclusão:** défices cognitivos impeditivos; comportamentos agressivos; défices sensoriomotores impeditivos, doentes agitadas.

**Recursos necessários:** colchões, aparelho de som e guião existente no serviço.

**Metodologia:** -Iniciar a divulgação da atividade às pessoas selecionadas no momento do pequeno-almoço, durante os vários contactos com as mesmas e sempre que possível no(s) dia(s) anterior(es), mencionando hora, local e em que consiste a atividade;

-Iniciar e finalizar a sessão de relaxamento com a avaliação da tensão arterial (TA), frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR), durante 10 minutos;

-Realizar a técnica de relaxamento de Jacobson, segundo guião existente no serviço, durante 20 minutos;

-Avaliar cada sessão, durante 10 minutos e ao longo da sessão, com uma grelha onde conste a sua capacidade de concentração, tipo de respiração, postura corporal, passos que cada doente executa, segundo as orientações dadas. Avaliar ainda a sensação subjectiva de cada uma (como se sentiram).



### **APÊNDICE III**

Ficha de leitura- Reestruturação Cognitiva



## **FICHA DE LEITURA**

### **Referência bibliográfica:**

Li, J-M.; Zhang, Y.; Su, W-J.; Liu, L-L.; Gong, H.; Peng, W. & Jiang, C-L.(2018) Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 268, Outubro, 243-250, China.

---

### **Finalidade da pesquisa:**

A necessidade desta pesquisa surge durante o planeamento de intervenções no âmbito da Terapia Cognitivo-Comportamental/ Reestruturação Cognitiva, dirigida a pessoas com depressão. Com esta ficha de leitura pretendo perceber se esta terapia apresenta resultados já demonstrados e se é ou não eficaz na prática clínica.

### **Síntese do texto:**

#### **Introdução:**

Li et al. (2018), referem-se à depressão como sendo a doença mais comum das perturbações psiquiátricas, com uma prevalência de 4 a 11%, tendo grande impacto no funcionamento dos doentes e na sua qualidade de vida, sendo uma doença incapacitante em todo o mundo.

Apesar dos tratamentos farmacológicos serem vastamente aceites, “pelo menos 60% dos doentes falharam em ter uma resposta adequada à farmacoterapia convencional ” (Li et al., 2018, p.243). Estes, quando não respondem aos antidepressivos são considerados como doentes com Depressão Resistente ao Tratamento (DRT).

Os tratamentos para este tipo de doentes estão a desenvolver-se e a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) “é uma psicoterapia amplamente usada em distúrbios psicológicos, como a depressão” (Li et al.,2018, p.243). Esta terapia, segundo os mesmos autores, visa corrigir as crenças erróneas de que as suas vidas são um fracasso e inúteis. É ainda referido pelos mesmos que a evidencia científica demonstra benefícios em associar a TCC à terapêutica antidepressiva, na redução dos sintomas depressivos.

#### **Inclusão e extracção de dados**

Nesta revisão sistemática da literatura e meta-análise foram incluídos doentes com DRT e formados grupos de forma aleatória, onde uns receberam a TCC e outros apenas se mantiveram com a terapia farmacológica antidepressiva convencional.

Todos os participantes tinham mais de 18 anos e a gravidade dos sintomas de depressão foram avaliados pelo HRSD-17 (Escala Hamilton de 17 itens para Depressão), HAMD-21 (Escala Hamilton de 21 itens para depressão), BDI-II (Inventário de Depressão Beck-II) ou PHQ- 9 (Questionário de Saúde do Paciente - 9) em 3 momentos: no pós-



tratamento, seis meses e um ano após o tratamento (dados que foram utilizados para demonstrar o efeito imediato e o prognóstico a médio e longo prazo da TCC).

### **Identificação e características do estudo**

Num total de 526 artigos apenas 6 foram selecionados para análise pelos autores. Estes seis estudos incluíram um total de 847 doentes diagnosticados com DRT. 424 doentes foram incluídos no grupo de aplicação da TCC e 423 no grupo de controlo (apenas com terapêutica antidepressiva). A aplicação da TCC variou entre 8 sessões e 16 sessões.

### **Discussão**

Após análise dos artigos selecionados, Li et al. (2018) indicam que a TCC é uma psicoterapia com eficácia em doentes com DRT e sugerem que a TCC ajudou a reduzir os scores de HRSD-17, HRSD-21, BDI-II e PHQ-9 nos três momentos de avaliação. Além disso, independentemente do prognóstico de curto, médio ou longo prazo, o grupo ao qual foi aplicada a TCC mostrou taxas de resposta e remissão dos sintomas de depressão mais altas em comparação com o grupo de controlo. Os mesmos autores referem também que esta terapia é igualmente útil na redução do risco de recaída em doentes com depressão major.

A TCC em combinação com a farmacoterapia é aceite e eficaz na prática clínica em doentes já resistentes aos antidepressivos. A TCC por si só tem a vantagem de que não apresenta efeitos adversos como os fármacos (Li et al.,2018).

Li et al. (2018) salientam que existe falta de terapeutas capacitados para executar a TCC na prática clínica e que o facto de esta não ser obrigatória, leva a que muitos doentes não possam usufruir desta terapia no decurso do seu tratamento, limitando a aplicação desta na prática.

### **Conclusões**

Esta revisão da literatura mostra que combinar a TCC com farmacoterapia trás efeitos benéficos na redução dos sintomas de depressão a curto, médio e longo prazo, em doentes com DRT, comparativamente com aqueles doentes que apenas recebem tratamento convencional com antidepressivos (Li et al., 2018).

[Com a análise desta revisão sistemática pude observar a eficácia desta terapia em doentes com depressão, mais concretamente com depressão resistente ao tratamento farmacológico convencional. Uma vez que é demonstrada a sua eficácia, tenho todo o interesse em treiná-la e desenvolvê-la no estágio].

## **APÊNDICE IV**

Planos das sessões Reestruturação Cognitiva



## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

### Reestruturação Cognitiva - 1ª sessão

<p><b>Tema:</b> O que é a reestruturação Cognitiva?</p>
<p><b>Data:</b> 29/10/2018; <b>Hora:</b> 9:25H; <b>Duração:</b> 30 minutos; <b>Local:</b> Gabinete do serviço de Psiquiatria A. <b>Responsável pela atividade:</b> Lícia Teixeira.</p>
<p><b>Finalidade:</b> Esclarecer acerca da importância de reestruturar os pensamentos negativos.</p>
<p><b>Objetivos específicos:</b> - Reconheça a ligação “situação/evento – pensamento/crença – reacção emocional/física/comportamental”; -Perceba o que são Pensamentos Automáticos Negativos (PAN).</p>
<p><b>Participantes:</b> 2 doentes com diagnóstico de enfermagem de “tristeza” (sessões individuais).</p>
<p><b>Crítérios de inclusão:</b> doentes com diagnóstico de enfermagem de “tristeza”.</p>
<p><b>Crítérios de não inclusão:</b> défices cognitivos impeditivos; comportamentos agressivos; défices sensoriomotores impeditivos.</p>
<p><b>Recursos necessários:</b> papel, caneta, mesa e cadeiras. <b>Estratégias:</b> uso do método expositivo, interativo e questionamento.</p>
<p><b>Metodologia:</b> -Iniciar a sessão com a explicação da intervenção, clarificando o que vai ser tratado, durante 3 minutos; -Explicar, (com base no exercício ABC de Ellis) que existe uma situação/evento que poderá desencadear um pensamento/crença e consequentemente se pode traduzir numa reacção emocional, física e comportamental, durante 5 minutos; -Explicar à doente o que são PAN: <b>Automáticos</b> (surtem sem esforço consciente); <b>Distorcidos</b> (não correspondem em absoluto aos factos); <b>Inúteis</b> (contribuem para a manutenção da psicopatologia e dificultam a mudança); <b>Plausíveis</b> (são aceites como factos); <b>Involuntários</b> (não são escolhidos e podem ser difíceis de eliminar); <b>Associados às emoções e comportamentos</b>, durante 10 minutos; -Explicar que os PAN resultam de crenças subjacentes que podem não corresponder à realidade e que podem ser mudadas, durante 3 minutos; -Pedir à doente que identifique 1 PAN com a respectiva crença associada e qual o evento que o desencadeou, durante 7 minutos; -Pedir à doente (como trabalho de casa) que para a próxima sessão identifique (se possível que registe por escrito), pelo menos um PAN e qual a situação/evento que o provocou, durante 2 minutos.</p>
<p><b>Indicadores de avaliação:</b> -Se a doente conseguiu ou não identificar o PAN, se conseguiu ou não identificar a crença e se conseguiu ou não identificar o evento que desencadeou o PAN.</p>



## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

### Reestruturação Cognitiva - 2ª sessão

**Tema:** O que penso e como penso?

**Data:** 30/10/2018; **Hora:** 9:25H; **Duração:** 30 minutos; **Local:** Gabinete do serviço de Psiquiatria Sobral Cid. **Responsável pela atividade:** Lícia Teixeira.

**Finalidade:** Ajudar a reconhecer Pensamentos Automáticos Negativos e crenças subjacentes.

**Objetivos específicos:** - Reconheça os seus Pensamentos Automáticos Negativos (PAN);

-Reconheça crenças subjacentes aos mesmos.

**Participantes:** 2 doentes com diagnóstico de enfermagem de “tristeza” (sessões individuais).

**Critérios de inclusão:** doentes com diagnóstico de enfermagem de “tristeza”.

**Critérios de não inclusão:** défices cognitivos impeditivos; comportamentos agressivos; défices sensoriomotores impeditivos.

**Recursos necessários:** papel, caneta, mesa e cadeiras.

**Estratégias:** uso do método interativo e questionamento.

**Metodologia:**

-Iniciar a sessão com a clarificação do que vai ser tratado e relembrar a sessão anterior, durante 5 minutos;

-Através do método de questionamento socrático, identificar com a doente pelo menos 2 PAN e as crenças associadas aos mesmos (utilizando a “Lista das Ideias Irracionais de Ellis”), durante 20 minutos;

-Durante 5 minutos, pedir à doente (como trabalho de casa) que para a próxima sessão identifique pelo menos 2 pensamentos disfuncionais (se possível que registe por escrito), e sugerir que até à próxima sessão escolha pelo menos uma atividade prazerosa para si, que a programe e realize.

**Indicadores de avaliação:** -Se a doente conseguiu ou não identificar pelo menos 2 PAN, se conseguiu ou não identificar as crenças associadas.



## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

### Reestruturação Cognitiva - 3ª sessão

**Tema:** Pensamentos alternativos.

**Data:** 01/11/2018; **Hora:** 9:25H; **Duração:** 30 minutos; **Local:** Gabinete do serviço de Psiquiatria Sobral Cid. **Responsável pela atividade:** Lícia Teixeira.

**Finalidade:** Ajudar a reconhecer pensamentos alternativos aos Pensamentos Automáticos Negativos (PAN).

**Objetivo específico:** - Reconheça pensamentos alternativos aos PAN, baseados na realidade.

**Participantes:** 2 doentes com diagnóstico de enfermagem de “tristeza” (sessões individuais).

**Crítérios de inclusão:** doentes com diagnóstico de enfermagem de “tristeza”.

**Crítérios de não inclusão:** défices cognitivos impeditivos; comportamentos agressivos; défices sensoriomotores impeditivos.

**Recursos necessários:** papel, caneta, mesa e cadeiras.

**Estratégias:** uso do método interativo e questionamento.

**Metodologia:** -Iniciar a sessão com a clarificação do que vai ser tratado, relembrar a sessão anterior e validar a realização do trabalho de casa (se conseguiu realizar, elogiar ; se não conseguiu, realizar com a doente);

-Direcionar a atenção para um PAN (escolhido pela doente) e relembrar a crença associada;

-Identificar a(s) distorções cognitivas associadas a esse PAN;

-Identificar pensamentos alternativos;

-Incentivar a doente a recorrer ao pensamento alternativo;

-Como trabalho de casa, pedir à pessoa que registe se foi capaz de recorrer ou não ao pensamento alternativo e o nº de vezes, até à próxima sessão.

**Indicadores de avaliação:** - Registrar o pensamento alternativo selecionado.



## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

### Reestruturação Cognitiva - 4ª sessão

<p><b>Tema:</b> Utilização dos pensamentos alternativos.</p>
<p><b>Data:</b> 02/11/2018; <b>Hora:</b> 9:25H; <b>Duração:</b> 30 minutos; <b>Local:</b> Gabinete do serviço de Psiquiatria Sobral Cid. <b>Responsável pela atividade:</b> Lícia Teixeira.</p>
<p><b>Finalidade:</b> -Perceber se a doente utiliza os pensamentos alternativos, anteriormente formulados.</p>
<p><b>Objetivo específico:</b> - Reflicta acerca da utilização dos pensamentos alternativos e que mencione em que momentos os utilizou.</p>
<p><b>Participantes:</b> 2 doentes com diagnóstico de enfermagem de “tristeza” (sessões individuais).</p>
<p><b>Crítérios de inclusão:</b> doentes com diagnóstico de enfermagem de “tristeza”.</p>
<p><b>Crítérios de não inclusão:</b> défices cognitivos impeditivos; comportamentos agressivos; défices sensoriomotores impeditivos.</p>
<p><b>Recursos necessários:</b> papel, caneta, mesa e cadeiras.</p>
<p><b>Estratégias:</b> uso do método interativo e questionamento.</p>
<p><b>Metodologia:</b> -Iniciar a sessão com a clarificação do que vai ser tratado, relembrar a sessão anterior e validar a realização do trabalho de casa; (se conseguiu realizar, elogiar ; se não conseguiu, abordar novamente ou criar outro pensamento alternativo);</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Questionar a doente se utilizou o pensamento alternativo escolhido, (se sim, em que momentos);</li><li>-Caso não se recorde ou não tenha utilizado o pensamento alternativo, lembrá-lo ou reformulá-lo (criar outro pensamento alternativo);</li><li>-Incentivar a doente a recorrer ao pensamento alternativo;</li><li>-Como trabalho de casa, pedir à pessoa que registre se foi capaz de recorrer ao pensamento alternativo e o nº de vezes, até à próxima sessão.</li></ul>
<p><b>Indicadores de avaliação:</b> - Registrar se utilizou ou não o pensamento alternativo desde a última sessão (bem como o nº de vezes utilizado) e registar ainda o novo pensamento alternativo (apenas se for necessário criar um novo).</p>



## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

### Reestruturação Cognitiva - 5ª sessão

**Tema:** Avaliação da eficácia da Reestruturação Cognitiva.

**Data:** 05/11/2018; **Hora:** 9:25H; **Duração:** 20 minutos; **Local:** Gabinete do serviço de Psiquiatria Sobral Cid. **Responsável pela atividade:** Lícia Teixeira.

**Finalidade:** -Perceber se a doente utiliza os pensamentos alternativos criados anteriormente.

**Objetivo específico:** - Utilize os pensamentos alternativos no seu dia-a-dia, em vez dos pensamentos negativos.

**Participantes:** 2 doentes com diagnóstico de enfermagem de “tristeza” (sessões individuais).

**Critérios de inclusão:** doentes com diagnóstico de enfermagem de “tristeza”.

**Critérios de não inclusão:** défices cognitivos impeditivos; comportamentos agressivos; défices sensoriomotores impeditivos.

**Recursos necessários:** papel, caneta, mesa e cadeiras.

**Estratégias:** uso do método interativo e questionamento.

**Metodologia:**

-Iniciar a sessão com a clarificação do que vai ser tratado, lembrar a sessão anterior e validar a realização do trabalho de casa;

-Questionar a doente se utilizou o pensamento alternativo escolhido anteriormente (se sim, em que momento e nº de vezes);

-Se utiliza o pensamento alternativo, elogiar e incentivar ao seu uso contínuo.

**Indicadores de avaliação:** - Avaliar a intervenção através da verbalização feita pela doente acerca do seu pensamento (se existiu de facto mudança).

## **APÊNDICE V**

Ficha do medicamento



## FICHA DO MEDICAMENTO

**Idade da doente:** 64 anos; **Género:** Feminino; **Doença:** Depressão Major

**Nome Farmacológico:** Fluoxetina

**Grupo Farmacológico:** Sistema nervoso central. Psicofármacos. Antidepressores.

### **Indicações principais e / ou Modo de Ação:**

Indicações: - Perturbação Obsessivo-Compulsiva; - Bulimia Nervosa; - Tratamento de episódios depressivos major (a doente apresenta perda de interesse nas atividades diárias, tristeza, auto-estima diminuída, aumento de peso, ideação suicida).

Modo de ação: - Inibidor selectivo da recaptção da serotonina (aumentam a concentração extracelular de serotonina ao inibir a sua recaptção pelo neurónio pré-sináptico, de modo a que a serotonina disponível aumente, ligando-se assim ao receptor pós-sináptico, resultando em benefícios a nível do humor).

### **Via de administração + Posologia habitual + Posologia prescrita:**

- Via de administração oral;

- A dose aconselhada é 20 mg/dia. A dose deve ser revista e ajustada dentro de 3 a 4 semanas após o início da terapêutica. Pode considerar-se um aumento gradual da dose até um máximo de 60mg/dia (poderá haver um aumento potencial de efeitos indesejáveis).

- A posologia prescrita para a doente é de 20 mg, 1 vez por dia.

### **Toxicidade e/ou Efeitos secundários e/ou Contraindicações e/ou Critérios de Vigilância**

Possíveis efeitos secundários: erupções cutâneas ou reacções alérgicas, agitação, acatisia, sentimentos de fraqueza, sedação ou confusão, diarreia, vómitos, cefaleias, alterações do sono, tonturas, falta de apetite, falta de concentração e processo de raciocínio diminuído, ataques de pânico ou pensamentos relacionados com o suicídio e comportamentos de autoagressão.

Esta doente durante os primeiros dias de internamento apresentou sedação, permanecendo por longos períodos no quarto, deitada. Sofreu também alterações no sono, principalmente nas primeiras duas semanas, pois apresentou insónias.



## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

A Sra. deu entrada no serviço com ideação suicida, pelo que a sua vigilância deve ser rigorosa, pois numa fase inicial do tratamento o risco de suicídio é maior, até que exista uma remissão dos sintomas depressivos (normalmente, os efeitos terapêuticos demoram cerca de duas semanas a fazerem-se sentir, mas por vezes pode demorar mais tempo).

Fonte: Infarmed

### Informação e / ou Ensino a fazer ao doente

Os ensinamentos a realizar serão dirigidos à doente e ao seu marido (sendo este que normalmente lhe prepara e administra a medicação em casa). Estes ensinamentos serão realizados durante 3 dias seguidos (uma vez que o marido a visita todos os dias). Poderão ser acrescentadas mais sessões, mediante as necessidades da doente/ marido.

Nº sessão	Horário / Duração / Local	Métodos pedagógicos a usar	Conteúdos principais
1ª	-15:30H; -15 minutos; -Gabinete.	-Primeiros 5 minutos: Expositivo; -10 minutos restantes: interactivo.	<u>Primeiros 5 minutos:</u> -Ensinar qual a indicação terapêutica do medicamento; -Explicar a dose e a posologia (20 mg ao pequeno almoço); -Alertar para a importância da adesão ao regime medicamentoso e que os efeitos terapêuticos demoram cerca de duas semanas a fazerem-se sentir, mas por vezes pode demorar mais tempo. <u>Restantes 10 minutos:</u> -Verificar se aprenderam, através de questões simples; -Esclarecimento de dúvidas.
2ª	-15:30H; -20 minutos; -Gabinete.	-Primeiros 10 minutos: Expositivo e interactivo; -10 minutos restantes: interactivo.	<u>Primeiros 10 minutos:</u> -Perceber o que a doente/marido sabem da última sessão e reforçar, se necessário; -Explicar efeitos secundários/adversos; -Ensinar sobre sobredosagem (contactar imediatamente o médico, e alguns possíveis sintomas são: náuseas, vômitos, convulsões, disfunções cardiovasculares, disfunções pulmonares e alterações no sistema nervoso central desde excitação ao coma); -Alertar para a importância da adesão ao regime medicamentoso e que os efeitos terapêuticos demoram



## Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estágio em Enfermagem Psiquiátrica

Psiquiatria A - Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC)

Ano Letivo 2018/2019

2º Ano/ 1º Semestre

Lícia Teixeira

			<p>cerca de duas semanas a fazerem-se sentir, mas por vezes pode demorar mais tempo.</p> <p><u>Restantes 10 minutos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Verificar se aprenderam, através de questões simples;</li><li>-Esclarecimento de duvidas.</li></ul>
3ª	<p>-15:30H; -10 minutos; -Gabinete.</p>	<p>-Interactivo nos 10 minutos.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>-Perceber o que a doente/marido sabem das sessões anteriores;</li><li>-Explicar à doente/marido o que não sabem ou o que não perceberam;</li><li>-Alertar para a importância da adesão ao regime medicamentoso e que os efeitos terapêuticos demoram cerca de duas semanas a fazerem-se sentir, mas por vezes pode demorar mais tempo.</li></ul>

## **APÊNDICE VI**

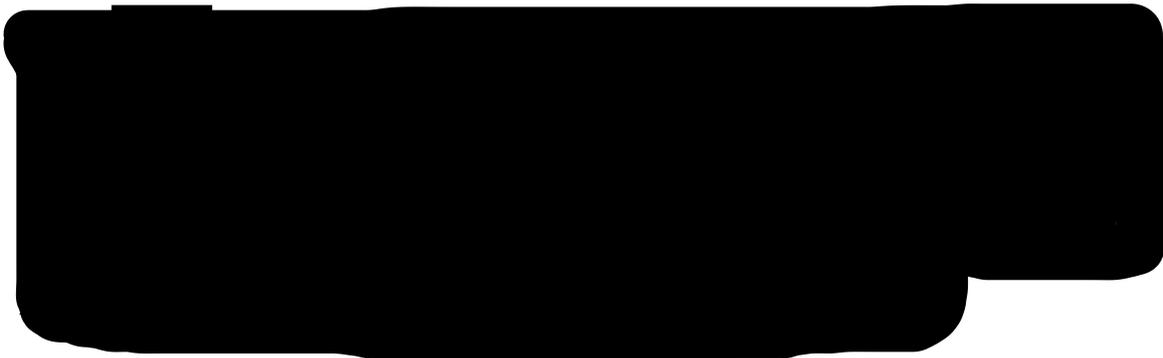
Estudo de caso

## **Estudo de caso contexto hospitalar**

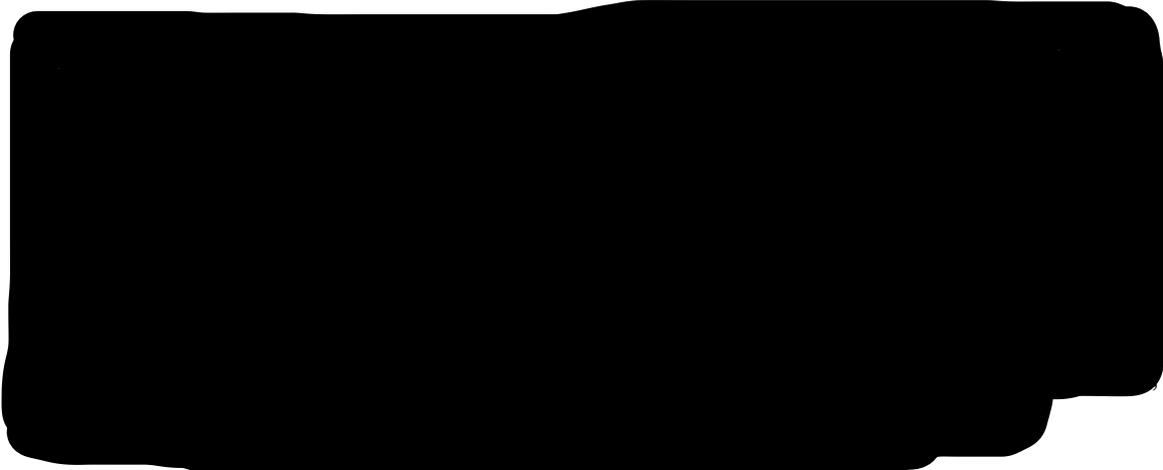
### **Identificação**



### **Motivo do internamento**



### **História clínica psiquiátrica**

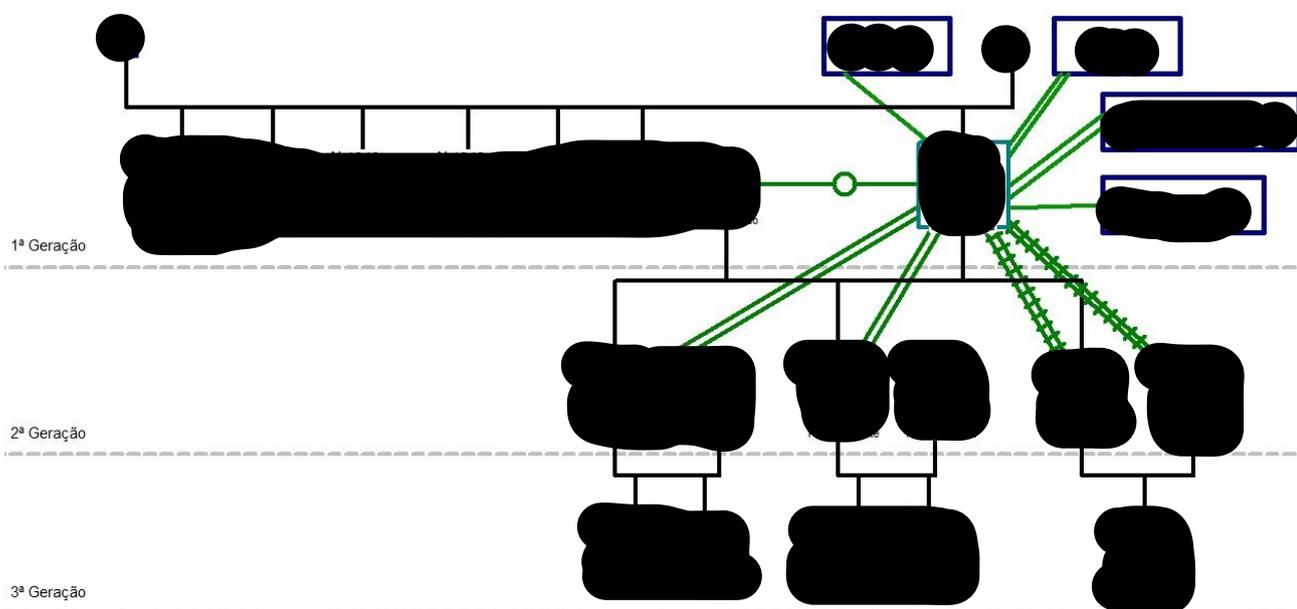


#### **2.2.6.4. Antecedentes pessoais e familiares**

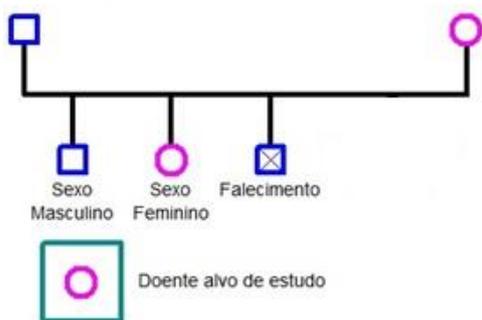




### Genograma com ecomapa



### Legenda:



- ==== Relação de Amizade / Proximidade
- - - - Relação de Grande Amizade / Intimidade
- Relação de Amor
- Relação Harmoniosa
- P: Profissão
- N: Ano de Nascimento
- F: Ano de falecimento
- PS: Problemas de saúde significativos

## Caracterização da doente segundo as necessidades humanas fundamentais (NHF)

A avaliação das NHF foi realizada dia 05/10/2018 pelas 10 horas, em gabinete, com a sua privacidade assegurada.

	Caracterização da INDEPENDÊNCIA	Caracterização da DEPENDÊNCIA	Fonte de Dificuldade
RESPIRAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Eupneica, com 22 ciclos respiratórios/minuto, respiração torácica, rítmica, superficial;</li> <li>-Apresenta expansão torácica simétrica;</li> <li>-Reflexo da tosse presente;</li> <li>-Pele e mucosas rosadas e hidratadas (saturação periférica de oxigénio de 99%).</li> </ul>		
COMER E BEBER	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Apresenta capacidade músculo-esquelética, articular e de coordenação dos braços em levar alimentos à boca. É capaz de os fracionar eingere a dieta na totalidade;</li> <li>-Dieta normal em meio hospitalar;</li> <li>-Dentição incompleta (não utiliza nenhum tipo de prótese dentária);</li> <li>-Reflexos da mastigação e deglutição presentes;</li> <li>-Ausência de disfagia ou de redução do apetite;</li> <li>-Não apresenta sinais de desidratação nem de desnutrição;</li> <li>-Ausência de vômitos;</li> <li>-Gosta de todo o tipo de alimentos e não tem conhecimento de alergia a nenhum.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Possui uma altura de 1,58 m e um peso de 88,5 Kg, que resulta num Índice de Massa Corporal (IMC) de 35,5 Kg/m<sup>2</sup> = Obesidade Grau II (tendo aumentado cerca de 10Kg nos últimos 6 meses);</li> <li>-No domicílio apenas ingere 3 refeições diárias, confeccionadas pelo marido e recorrendo a alimentos cultivados na sua horta (refere ser uma alimentação variada);</li> <li>-Apenas ingere cerca de 0,75L de água por dia, durante o internamento;</li> <li>-No domicílio refere ingerir menos (cerca de 0,5L).</li> </ul>	-Sedentarismo (por falta de vontade).
ELIMINAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Sudorese adequada à sua atividade física;</li> <li>-Possui controlo dos esfíncteres anal e vesical;</li> </ul>		

	<p>-Eliminação vesical: cerca de 3 a 4 micções diárias, (tanto no domicílio como no internamento), de cor amarelada (devido ao facto de ingerir pouca água). Durante o período noturno afirma não se levantar para urinar (tanto no internamento como no domicílio);</p> <p>-Eliminação intestinal: uma dejeção em dias alternados, com fezes de cor castanha, duras, em quantidade moderada, cheiro característico.</p>		
MOVIMENTAR-SE E MANTER UMA CORRETA POSTURA CORPORAL	<p>-Membros inferiores e superiores com coordenação, força e mobilidade articular;</p> <p>-Consegue manter postura alinhada e correta quando ereta, sentada e deitada;</p> <p>-Deambula livremente pelo serviço e exterior;</p> <p>-Normotensa: 98/61 e normocárdica: 74 batimentos por minuto;</p> <p>-Sem quedas recentes.</p>	<p>-Sedentarismo (por falta de vontade), não apresenta hábitos de exercício físico;</p> <p>-Apesar de conseguir deambular, confina-se ao quarto e acaba por deambular pouco;</p> <p>-Refere cansaço fácil quando incentivada à atividade física.</p>	<p>-A avolição interfere na atividade física, resultando num cansaço fácil quando se esforça.</p>
DORMIR E REPOUSAR	<p>- No domicílio dorme cerca de 10 horas (das 22:00h às 08:00h).</p>	<p>-No domicílio, nos últimos 6 meses, apresentava dificuldade em adormecer;</p> <p>-No internamento, apresenta dificuldade em adormecer, acabando por se manter sonolenta durante o dia, passando parte do tempo no seu quarto, a dormir.</p>	<p>-Medicação prescrita, que causa sonolência e sedação: Alprazolam 0.5 mg ao Pequeno-almoço, Almoço e Jantar; Trazodona 100 mg às 21H e Risperidona de 1 mg ao Jantar.</p>
VESTIR-SE E DESPIR-SE	<p>-Veste-se e despe-se autonomamente;</p> <p>-Apresenta-se vestida com pijama e roupão do serviço, em boas condições de higiene;</p> <p>-No domicílio é capaz de selecionar a roupa adequando-a à temperatura ambiente.</p>	<p>- No domicílio, refere ter a ajuda do seu marido nos cuidados da roupa;</p> <p>-Refere que nos últimos 6 meses não tinha vontade “de se arranjar melhor”.</p>	<p>-Falta de vontade para a ação (cuidados com a roupa) e humor deprimido, que diminui a vontade de arranjo pessoal.</p>

MANTER A TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DOS VALORES NORMAIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Temperatura axilar dentro dos parâmetros considerados normais:36,3°C;</li> <li>-Apresenta capacidade de gerir vestuário, adequando à temperatura ambiente.</li> </ul>		
ESTAR LIMPO E CUIDADO, E PROTEGER OS TEGUMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Banho diário no internamento, com cabelo limpo e penteado;</li> <li>-Apresenta unhas limpas e cuidadas;</li> <li>-Pele rosada, íntegra e hidratada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Realiza higiene oral uma vez por dia (tanto no domicílio como no internamento), apresentando degradação de alguns dentes;</li> <li>-No domicílio toma banho 2 vezes por semana.</li> </ul>	-Falta de vontade para a ação (higiene pessoal).
EVITAR OS PERIGOS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adere ao regime terapêutico;</li> <li>-Consciente, orientada alo-espaco-temporal;</li> <li>-Não refere hábitos tabágicos/alcoólicos;</li> <li>-Acuidade auditiva preservada;</li> <li>-Olfato e sensibilidade táctil presentes;</li> <li>-Seguida na consulta externa de Psiquiatria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Acuidade visual reduzida (usa óculos, os quais refere não se apresentarem bem-adaptados);</li> <li>-Refere Ideação Suicida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de vontade para seguimento de consultas de oftalmologia;</li> <li>-Refere tristeza, anedonia e avolição.</li> </ul>
COMUNICAR COM OS SEMELHANTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Discurso coerente, organizado e perceptível;</li> <li>-Consciente, orientada alo-espaco-temporal;</li> <li>-Sabe ler e escrever;</li> <li>-Comunicação verbal e não-verbal coincidente;</li> <li>-Responde a questões, quando solicitada;</li> <li>-Relação muito próxima com marido, filho mais novo e esposa do mesmo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Humor deprimido;</li> <li>-Refere Ideação suicida;</li> <li>-Apenas contacta com marido, filhos e noras (pelo facto de passar todo o tempo em sua casa).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Falta de vontade no contacto social;</li> <li>-Refere tristeza, anedonia e avolição.</li> </ul>
AGIR SEGUNDO AS SUAS CRENÇAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Demonstra crença na religião (é católica praticante);</li> <li>-Demonstra respeito, simpatia e boa educação para os profissionais;</li> <li>-Reconhece que o internamento a poderá ajudar a melhorar a sua situação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nos últimos 6 meses afirma não frequentar a igreja como era habitual, afirmando que “já não tem fé em Deus”.</li> </ul>	-Refere tristeza, anedonia e avolição;

DE OS SEUS VALORES			
OCUPAR-SE COM VISTA A REALIZAR-SE	<p>-No internamento ocupa o tempo em que não está a dormir, a ver televisão e a deambular no serviço;</p> <p>-No domicílio, costumava fazer “renda”, que lhe dava gosto.</p>	<p>-Encontra-se reformada;</p> <p>-Não pratica qualquer atividade física;</p> <p>-Há cerca de 6 meses deixou de fazer a “renda”, que gostava e despendia o seu tempo deitada, a dormir;</p> <p>-No internamento, apresenta sonolência durante o dia, passando parte do tempo no seu quarto, a dormir.</p>	<p>-Falta de vontade no contacto social;</p> <p>-Refere tristeza, anedonia e avolição;</p> <p>-Sonolência devido à medicação prescrita.</p>
RECREAR-SE	<p>-Possui uma horta na sua casa, da qual se ocupava todos os dias;</p> <p>-Cuidava da casa com gosto;</p> <p>-No domicílio, costumava fazer “renda”, que lhe dava prazer.</p>	<p>-Desde há 6 meses que todas as tarefas do cuidado da casa e da horta são realizadas pelo seu marido;</p> <p>-Há cerca de 6 meses deixou de fazer a “renda”, que lhe dava prazer.</p>	<p>-Humor deprimido, com tristeza, anedonia e avolição.</p>
APRENDER	<p>-Tem o 3ºano de escolaridade;</p> <p>-Sem défices cognitivos;</p> <p>-Sem prejuízo da memória (a curto e a longo prazo).</p>		

## **Exame mental**

### **Aspeto Geral, Atitude e Resposta ao Contacto**

A Sra. [REDACTED] de 64 anos, com a idade aparente que coincide com a idade real. Foi-lhe solicitada a participação na entrevista, que aceitou e se mostrou disponível ao longo da mesma. No momento da entrevista apresentava uma expressão facial triste, com choro fácil. Manteve um contacto cordial, no qual manteve contacto ocular. Estava sentada, encostada à cadeira, vestida de forma adequada ao contexto e à temperatura ambiente (pijama do hospital, roupão e chinelos). Tinha ainda um aspeto limpo e cuidado e não de verificaram anomalias físicas evidentes.

### **Estado de Consciência, Orientação e Atenção**

A Sra. encontra-se consciente e orientada tanto auto, como alopsiquicamente. Consegue fornecer dados relativos a ela própria, da sua identificação pessoal, demonstrando saber quem é (orientação autopsíquica). Menciona também o tempo e espaço em que se encontra (orientação alopsíquica).

Manteve uma atenção ativa durante a entrevista, concentrada nas questões que lhe colocava, embora por vezes se distraísse com estímulos externos.

### **Motricidade**

Apresenta uma postura alinhada e correta quando ereta, sentada e deitada. Tem coordenação de movimentos, ainda que um pouco lentificados.

Não apresenta alterações motoras.

### **Humor, Emoções e Ansiedade**

Humor deprimido durante a entrevista, com choro fácil, demonstrando tristeza perante a sua vida, desesperança, com anedonia, perda de interesse em realizar as atividades diárias, como o cuidado da casa. As emoções que foi demonstrando ao longo da entrevista são adequadas ao tipo de discurso. Apresentou-se calma, sem nenhum tipo de ansiedade.

### **Linguagem e Discurso**

Discurso coerente com a realidade envolvente, débito espontâneo, sendo este calmo, perceptível e num tom de voz adequado, ainda que por vezes seja um pouco baixo, não apresenta perturbações na fala. As suas capacidades de leitura e escrita estão preservadas, porém, lentificadas.

### **Memória**

Sra. [REDACTED] não apresenta alterações na memória. A sua memória de trabalho (curto prazo) encontra-se preservada, pois é capaz de lembrar, por exemplo acontecimentos do dia anterior quando lhe é solicitado. A sua memória de longo prazo mantém-se

igualmente inalterada, pois é capaz de evocar acontecimentos passados e datas específicas.

Caso mude de assunto e lhe peça para voltar ao mesmo, é igualmente capaz.

### **Pensamento**

Apresenta um pensamento organizado, com bradipsiquia.

Relativamente ao conteúdo, encontra-se alterado, pois apresenta ideação suicida, associada a pensamentos negativistas. Verbaliza pensamentos como “não sirvo para nada”; “não sou capaz de fazer nada”; “não ando cá a fazer nada” sic.

### **Perceção**

Não apresenta alterações da estrutura do eu. Perante estímulos externos, é capaz de usar os sentidos de forma adequada. Não demonstra qualquer alteração a nível sensório-perceptivo.

### **Instinto de Conservação- Ideação Suicida, homicida**

A Sra. ██████ apresenta Ideação Suicida, com desesperança. Antes do internamento deambulava junto de um poço, com uma corda.

### **Insight e Juízo Crítico**

A Sra. ██████ apresenta juízo crítico relativamente à sua situação de doença. Refere estar muito doente e espera que o internamento a ajude a melhorar a sua saúde. Cumpre o regime terapêutico, acreditando que poderá melhorar. Menciona ainda que os internamentos anteriores a ajudaram e que o atual poderá também ajudar. Contudo, demonstra avolição.

### **Plano de cuidados**

Diagnósticos	Objetivo/s	Intervenções	Avaliação
--------------	------------	--------------	-----------

<p>Risco de tentativa de suicídio</p>	<p>Que a doente demonstre vontade de viver, em 7 dias.</p>	<p>1-Estabelecer relação empática, encorajando a expressão de sentimentos, explorando a ideiação suicida e tentar perceber se está presente e se existe método. Durante 7 dias, às 09:30 e às 17 horas, durante 10 minutos, no quarto da doente ou em gabinete, individualmente;</p> <p>2-Explorar acontecimentos positivos e pessoas significativas, no sentido de identificar razões plausíveis que possam dar significado à sua vida. Durante 7 dias, às 09:40 e às 17:10 horas, durante 10 minutos, no quarto da doente ou em gabinete, individualmente;</p> <p>3-Encorajar e identificar as suas próprias habilidades e forças. Durante 7 dias, às 09:50 e às 17:20 horas no quarto da doente ou em gabinete, individualmente;</p> <p>4-Incentivar a participação em Atividades de Ocupação terapêutica programadas, sobre “alimentação saudável”, “Sono” e “exercício físico”, às 11 horas, durante 30 minutos, na sala de estar, em grupo.</p>	<p>-Se a doente reconhece acontecimentos positivos e pessoas significativas;</p> <p>-Se a pessoa reconhece as suas próprias habilidades e forças;</p> <p>-Se a doente demonstra (através da comunicação verbal/ não-verbal e do seu interesse em participar em atividades) vontade de viver.</p>
<p>Tristeza</p>	<p>Que a doente seja capaz de reestruturar o seu pensamento, diminuindo a sua tristeza, em 15 dias.</p>	<p>1 -Estabelecer relação empática e de ajuda. Durante 15 dias, às 09:30 e às 17 horas, durante 10 minutos, no quarto da doente ou em gabinete, individualmente;</p> <p>2- Encorajar a expressão de emoções e preocupações, através da escuta ativa, às 09:40 e às 17:10 horas, durante 10 minutos, no quarto da doente ou em gabinete, individualmente;</p> <p>3- Aplicar 5 sessões de reestruturação cognitiva, às 10 horas, durante 30 minutos, em gabinete, individualmente;</p>	<p>-Se reestrutura o seu pensamento, substituindo pensamentos negativos por outros mais positivos;</p> <p>-Se participa em AOT's;</p> <p>-Se demonstra (através da comunicação verbal e não-verbal) uma diminuição da sua tristeza.</p>

		4- Incentivar a participação em Atividades de Ocupação terapêutica programadas, sobre “alimentação saudável”, “Sono” e “exercício físico”, às 11 horas, durante 30 minutos, na sala de estar, em grupo.	
Insónia Inicial	Que a doente seja capaz de regularizar o sono, em 3 dias.	<p>1- Planear com a doente hábitos de sono e repouso. Durante 3 dias, às 9:20 horas, durante 10 minutos, no quarto da doente ou em gabinete, individualmente;</p> <p>2- Ensinar sobre as principais funções do sono e acerca de medidas gerais para uma boa higiene do sono, às 11 horas, durante 15 minutos, no quarto da doente ou em gabinete, individualmente;</p> <p>3- Incentivar a participação em sessões de relaxamento. Durante 3 dias, às 11:30horas, durante 40 minutos, no ginásio do serviço, em grupo.</p>	<p>-Se a doente estabelece hábitos de sono e repouso;</p> <p>-Se sabe as principais funções do sono e medidas gerais para uma boa higiene do mesmo;</p> <p>-Se aplica no dia-a-dia as medidas gerais aprendidas;</p> <p>-Se aplica a técnica de relaxamento (ou parte dela) de forma autónoma, como indutora de sono;</p> <p>-Se foi capaz de regularizar o sono ao final de 3 dias.</p>

## **APÊNDICE VII**

Proposta de intervenção câmara



Lícia Teixeira

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio em Enfermagem de Saúde Mental Comunitária

Ano Letivo 2022/2023

3º Semestre

### **PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

No âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental Comunitária a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade de Alijó, sob orientação da Professora Tereza Barroso e tutoria da Enfermeira Especialista Natália Peixoto, pretende-se programar algumas atividades no âmbito da enfermagem especializada em saúde mental, aos trabalhadores [REDACTED]

De acordo com o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, as doenças crónicas não transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, perturbações da saúde mental, entre outras), constituem a principal causa de morbilidade e mortalidade nas sociedades mais desenvolvidas.

Muitos dos fatores etiológicos entre estas doenças são comuns e encontram-se relacionados com os estilos de vida individuais. Fatores como o consumo de substâncias como o tabaco e o álcool, hábitos alimentares inadequados, inatividade física, problemas de sono e má gestão do stress são considerados os principais fatores implicados na origem de diversos problemas de saúde, nomeadamente da área da saúde mental (Direção-Geral da Saúde, 2004).

Assim, intervir sobre estes determinantes surge de forma emergente como uma estratégia que permitirá obter, a médio prazo, ganhos em termos de redução da prevalência das doenças crónicas e dos custos individuais e sociais associados.

Deste modo, a intervenção num contexto específico, pode trazer vantagens. O ambiente de trabalho é cada vez mais utilizado como um espaço para a promoção da saúde, não

sendo apenas utilizado com o objetivo de evitar doenças e acidentes de trabalho, mas para diagnosticar e melhorar a saúde das pessoas em geral.

A promoção da saúde mental e do bem-estar no contexto de trabalho tem vindo a ser progressivamente apontada como essencial no contexto de um mercado globalizado e competitivo e no qual apenas as forças de trabalho saudáveis, qualificadas e motivadas podem vingar. Neste sentido, vários estudos demonstram que as empresas que promovem e salvaguardam a saúde mental e o bem-estar dos trabalhadores encontram-se entre as mais sustentáveis (World Health Organization, 2010). Assim, torna-se fundamental atender adequadamente às questões relacionadas com os determinantes de saúde dos trabalhadores no sentido de desenvolver estratégias individuais e coletivas que garantam o bem-estar dos mesmos e o bom funcionamento das organizações.

O projeto designado “Saúde sem Reservas”, tem como principal objetivo a avaliação dos comportamentos de saúde relacionados com os estilos de vida e o desenvolvimento de intervenções em função dos níveis de risco identificados e/ou o encaminhamento para unidades de saúde sempre que necessário.

O trabalho será desenvolvido por mim, enfermeira do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental, sob orientação clínica e pedagógica, para os devidos efeitos serão realizadas entrevistas individuais, devidamente autorizadas, mantida a confidencialidade e o anonimato de todos os participantes, será utilizado um questionário que integra diversas questões relacionadas com a sua saúde e comportamentos de saúde designadamente alimentação, prática de exercício físico, hábitos de sono, uso de álcool (AUDIT), tabaco e outras substâncias psicoativas e gestão de stresse. A equipa de saúde propõe, ainda, realizar uma reavaliação após 4 meses. A participação dos trabalhadores é voluntária, não havendo qualquer prejuízo ou consequência para os que optem por não participar.

➤ Os objetivos deste projeto são:

-Identificar níveis de risco para a saúde relacionados com os estilos de vida (alimentação, prática de exercício físico, hábitos de sono, uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, gestão de stresse);

-Intervir individualmente em função das necessidades de saúde identificadas;

-Proporcionar encaminhamento sempre que necessário e desejado.

Deste modo e sempre tendo como base a saúde dos trabalhadores, apresenta-se um conjunto de atividades a implementar no contexto dos trabalhadores ██████████

- Rastreio de Tensão Arterial, Frequência Cardíaca, glicémia capilar, IMC;
- Aplicação do questionário que integra diversas questões relacionadas com a saúde e comportamentos de saúde designadamente alimentação, prática de exercício físico, hábitos de sono, uso de álcool (AUDIT), tabaco e outras substâncias psicoativas e gestão de stress;
- Intervenções educacionais e aconselhamento breve nos domínios já referidos, sempre que necessário.

Estariam previstos vários momentos para a realização destas atividades (mediante autorização), que poderiam decorrer nos dias 2, 3, 4, 7 e 8 de novembro de 2022, com a duração de cerca de 3,5 horas por dia agendado, no local piscinas municipais.

Para que seja possível a realização destas atividades é necessária a devida autorização.

Grata pela atenção,

A estudante,

Lícia Teixeira.

## **APÊNDICE VIII**

Consentimento informado

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira por favor, assinar este documento.*

A equipa do projeto: Intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool em trabalhadores da câmara ██████ inscrito na UICISA:E da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, coordenado pela Prof. Teresa Barroso, vem por este meio solicitar a sua colaboração para participar neste estudo. O estudo integra um questionário sociodemográfico, um questionário com questões relacionadas com a sua saúde e comportamentos de saúde designadamente os hábitos de consumo de álcool. Em função dos scores obtidos serão realizadas intervenções breves (Educativa, Aconselhamento Simples e Breve) conforme o documento informativo ao participante. A equipa de saúde propõem-se realizar uma reavaliação após 4 meses desta intervenção.

A participação neste estudo é voluntária, não havendo qualquer prejuízo ou consequência para si caso opte por não participar.

Este estudo foi autorizado pela Comissão de Ética da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, e pela sua empresa, que colabora em todo este processo.

Os dados obtidos serão confidenciais e serão para uso exclusivo do presente estudo. Para avaliação posterior e emparelhamento dos questionários será usado um código.

Será mantido o anonimato, a sua identificação nunca será tornada pública.

A qualquer momento poderá retirar o seu consentimento contactando a equipa.

Obrigada pela sua participação

A equipa

Lícia Teixeira, Enfermeira, estudante mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

Teresa Barroso, Professora Adjunta, orientadora da estudante a desenvolver a investigação de Enfermagem de Saúde Mental

---

Para qualquer esclarecimento adicional não hesite em contactar 967214649 ou [tbarroso@esenfc.pt](mailto:tbarroso@esenfc.pt)

*Eu abaixo assinado \_\_\_\_\_ (nome completo do utente), declaro ter lido e compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar bem como do estudo em que serei incluído.*

*Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias de todas obtive resposta satisfatória.*

*Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações de Helsinquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e os benefícios previstos, sendo que neste caso não existem potenciais riscos ou desconforto.*

*Além disso, foi-me afirmado que tenho direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.*

*Por isso, consinto que me seja aplicada a intervenção proposta pelo/a investigador/a.*

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## **APÊNDICE IX**

Questionário de estilos de vida

## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO: \_ \_ \_ \_

Sexo: M  F

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ ° ano

Com quem vive?

Família

Sozinho(a)

Amigos

• **Problemas de saúde/ Medicação:**

\_\_\_\_\_

• **Avaliação de T.A.:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

• **Avaliação da Glicémia Capilar :** \_\_\_\_\_ mg/dl / Horas: \_\_\_\_\_ h / Jejum? Sim  Não

• **Avaliação estato-ponderal**

Peso \_\_\_\_\_ Kg

Altura \_\_\_\_\_ m

IMC: \_\_\_\_\_ Kg/ m<sup>2</sup>

### 1. Alimentação

- Quantas refeições faz por dia? \_\_\_\_\_
- Como avalia a sua alimentação? \_\_\_\_\_
- Hábitos intestinais: \_\_\_\_\_ Vezes/dia

### 2. Exercício Físico

- Pratica exercício físico? Sim  Não
- Modalidade \_\_\_\_\_
- Frequência \_\_\_\_\_



### 3. Sono

- Considera que dorme bem/ o suficiente? \_\_\_\_\_
- Quantas horas dorme por dia? \_\_\_h; Dorme de noite ou de dia? \_\_\_\_
- A reparação do organismo é igual dormindo de dia ou de noite? \_\_\_\_
- Tem dificuldades em induzir o sono?\_\_\_\_\_ Utiliza indutores do sono/estratégias?\_\_\_\_\_
- Realiza períodos de descanso entre turnos?\_\_\_\_\_ De quantas horas?\_\_\_\_\_

### 4. Consumo de Substâncias

- **Fuma tabaco?** Sim  Não 
  - Se sim, quantos cigarros fuma por dia? 1 a 4  5 a 10  + 10
  - Há quanto tempo fuma? 1 mês a 1 ano  1 a 5 anos  + 5 anos
  - Já alguma vez pensou em deixar de fumar? Sim  Não

- **Já alguma vez consumiu alguma das seguintes substâncias?**

	Sim	Não
i. Haxixe, erva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Estimulantes, (anfetaminas, pastilhas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. Heroína, ópio, “crack”, morfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv. Medicação usada como droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi. Outra	<input type="checkbox"/>	Qual? _____

Se sim, actualmente mantém o consumo dessa substância? Sim  Não

Se sim, com que frequência consome?\_\_\_\_\_

Considera-se uma pessoa saudável?

Bastante saudável  Saudável  Pouco saudável

Há alguma questão que me queira colocar acerca da sua saúde?

---

---

---

---



## AUDIT

**1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?**

- |                                |                          |                                    |                          |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                       | <input type="checkbox"/> | 3. Duas a três vezes por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Uma vez por mês ou menos    | <input type="checkbox"/> | 4. Quatro ou mais vezes por semana | <input type="checkbox"/> |
| 2. Duas a quatro vezes por mês | <input type="checkbox"/> |                                    |                          |

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

- |                   |                          |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 0. Uma ou duas    | <input type="checkbox"/> | 3. De sete a nove | <input type="checkbox"/> |
| 1. Três ou quatro | <input type="checkbox"/> | 4. Dez ou mais    | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cinco ou seis  | <input type="checkbox"/> |                   |                          |

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

- |                               |                          |                                  |                          |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> | 4.                               |                          |

**4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?**

- |                               |                          |                                     |                          |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | 4. Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |

**5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?**

- |                               |                          |                                     |                          |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | 4. Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |

**6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para «curar» uma ressaca?**

- |                               |                          |                                     |                          |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | 4. Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |

**7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido?**

- |                               |                          |                                     |                          |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | 4. Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |

**8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?**

- |                               |                          |                                     |                          |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | 4. Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |

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

- |                                      |                          |  |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 0. Não                               | <input type="checkbox"/> | 4. Sim, aconteceu nos últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sim, mas não nos últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> |  |                          |

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

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 0. Não                                 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sim, mas não nos últimos 12 meses   | <input type="checkbox"/> |
| 4. Sim, aconteceu nos últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> |

➤ **Somatório das 10 questões:** \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Obrigada pela sua atenção!

## **APÊNDICE X**

Folheto para preenchimento de dados

## Projeto Saúde sem Reservas



Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Tensão Arterial: \_\_\_/\_\_\_ mmHg  
Frequência Cardíaca: \_\_\_ bpm  
Glicémia Capilar: \_\_\_ mg/dL  
Peso: \_\_\_ kg  
IMC: \_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

A Saúde Mental compreende o pensamento,  
as emoções e o funcionamento das  
pessoas.

**NÃO EXISTE SAÚDE FÍSICA SEM  
SAÚDE MENTAL!**



Caso tenha alguma alteração ou se apenas precisa de falar, recorra  
à ajuda profissional qualificada.



## Projeto Saúde sem Reservas



Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Tensão Arterial: \_\_\_/\_\_\_ mmHg  
Frequência Cardíaca: \_\_\_ bpm  
Glicémia Capilar: \_\_\_ mg/dL  
Peso: \_\_\_ kg  
IMC: \_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

A Saúde Mental compreende o pensamento,  
as emoções e o funcionamento das  
pessoas.

**NÃO EXISTE SAÚDE FÍSICA SEM  
SAÚDE MENTAL!**



Caso tenha alguma alteração ou se apenas precisa de falar, recorra  
à ajuda profissional qualificada.



## Projeto Saúde sem Reservas



Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Tensão Arterial: \_\_\_/\_\_\_ mmHg  
Frequência Cardíaca: \_\_\_ bpm  
Glicémia Capilar: \_\_\_ mg/dL  
Peso: \_\_\_ kg  
IMC: \_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

A Saúde Mental compreende o pensamento,  
as emoções e o funcionamento das  
pessoas.

**NÃO EXISTE SAÚDE FÍSICA SEM  
SAÚDE MENTAL!**



Caso tenha alguma alteração ou se apenas precisa de falar, recorra  
à ajuda profissional qualificada.



## Projeto Saúde sem Reservas



Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Tensão Arterial: \_\_\_/\_\_\_ mmHg  
Frequência Cardíaca: \_\_\_ bpm  
Glicémia Capilar: \_\_\_ mg/dL  
Peso: \_\_\_ kg  
IMC: \_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

A Saúde Mental compreende o pensamento,  
as emoções e o funcionamento das  
pessoas.

**NÃO EXISTE SAÚDE FÍSICA SEM  
SAÚDE MENTAL!**



Caso tenha alguma alteração ou se apenas precisa de falar, recorra  
à ajuda profissional qualificada.



## **APÊNDICE XI**

Jogo tipo “Quiz”



### Quiz do Álcool: Álcool Verdades e Consequências

Código: \_ \_ \_ \_ \_

Data: \_\_ / \_\_ / 2022

7º Ano, Turma: \_\_

Para cada questão, selecione verdadeiro ou falso, rodeando. Cotação total: 10 valores (cada questão corresponde a 1 valor).

1- O álcool das bebidas alcoólicas é o mesmo álcool das farmácias?

a) Verdadeiro.

b) Falso.

2- O álcool existente nas bebidas alcoólicas pode provocar dependência?

a) Verdadeiro.

b) Falso.

3- O consumo de álcool por menores de idade é sempre um consumo inadequado?

a) Verdadeiro.

b) Falso.

4- Se misturarmos água com as bebidas alcoólicas, diminui-se a quantidade de álcool?

a) Verdadeiro.

b) Falso.

5- O álcool ingerido fora das refeições demora mais tempo a passar para o sangue?

a) Verdadeiro.

b) Falso.

6- O álcool afeta o rendimento escolar?

a) Verdadeiro.

b) Falso.

7- A taxa de alcoolémia é a concentração de álcool por litro de sangue no organismo?

a) Verdadeiro.

b) Falso.



8-	O álcool é considerado um alimento?
	a) Verdadeiro.
	b) Falso.
9-	O consumo excessivo de álcool só afeta aquele que bebe?
	a) Verdadeiro.
	b) Falso.
10-	O café forte ou um banho de água fria cortam o efeito do álcool?
	a) Verdadeiro.
	b) Falso.

Teresa Barroso, Março 2012

Adaptado de Manual "Para Para Pensar", programa de intervenção para Prevenção do Uso/abuso de álcool (Barroso, 2009)

## **APÊNDICE XII**

Proposta de intervenção escola



**Escola Superior de  
Enfermagem de Coimbra**

Lícia Teixeira

Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Estágio em Enfermagem de Saúde Mental Comunitária

Unidade de Cuidados na Comunidade de Alijó

Ano Letivo 2022/2023

3º Semestre

### **PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

No âmbito do Estágio em Enfermagem de Saúde Mental Comunitária a decorrer na Unidade de Cuidados na Comunidade de Alijó, sob orientação da Professora Tereza Barroso e tutoria da Enfermeira Especialista Natália Peixoto, pretende-se programar algumas atividades no âmbito da enfermagem especializada em saúde mental, aos alunos do 7º ano da escola básica de Alijó.

Promover a saúde mental consiste em potenciar um estado de harmonia que permita à pessoa compreender, interpretar e adaptar-se ao meio envolvente, estabelecer relações significativas com os outros e assumir um papel ativo e produtivo na sociedade.

A adolescência é um período no qual o jovem passa por diversas transições e vivencia inúmeras transformações tanto a nível biológico, físico e psicológico (Sousa, K., 2017). É nesta fase que ocorrem as experiências e em alguns casos “tornam-se particularmente desestabilizadoras, causando sofrimento psíquico e determinando uma vulnerabilidade acrescida para a exposição ao abuso de substâncias, como é o caso do álcool” (Rosa, A. Loureiro, L. Sequeira, C., p.32).

As evidências têm demonstrado que padrões de consumo de álcool mais graves, iniciaram o mesmo em idades mais precoces. Na idade jovem, o sistema biológico não está ainda suficientemente desenvolvido para degradar do álcool de forma eficaz, podendo deste modo resultar em danos cerebrais e neuro-cognitivos (Moutinho, L. 2018).

Neste sentido, são essenciais intervenções que promovam a literacia em saúde mental dos jovens e que possam reduzir o impacto do risco resultante dos consumos, bem como

retardar o início dos mesmos (PNRCAD, 2013).

Desta forma, consideramos que a articulação com a enfermagem de saúde escolar é de extrema importância, tornando-se assim pertinente a intervenção e colaboração nas intervenções realizadas pela Unidade de Cuidados na Comunidade de Alijó neste contexto.

O trabalho será desenvolvido por mim, enfermeira do curso de mestrado em Enfermagem de Saúde Mental, sob orientação clínica e pedagógica. Serão realizadas às turmas do 7º ano (mediante autorização) sessões de psicoeducação, com o objetivo de promover e desenvolver a literacia em saúde mental, nomeadamente ao nível do consumo de substâncias psicoativas.

➤ **Programa da sessão a realizar a cada turma:**

Realização de um quiz sobre álcool aos alunos do 7ºano da escola básica de Alijó

-Avaliar o conhecimento prévio à aplicação do quiz através de um questionário;

-Realização do quiz;

-Avaliar o conhecimento pós realização do quiz, através do mesmo questionário;

🎯 **Jogo do quiz:**

- Desenvolve-se com base numa metodologia interativa;

- Permite que os participantes analisem conhecimentos uteis e expectativas acerca do álcool, partindo dos conhecimentos que possuem e do confronto com os diferentes elementos da equipa, e posterior análise;

- Para a sua concretização, são necessárias 4 equipas com cerca de 5 participantes, o jogo integra três rondas, na primeira disputam duas equipas, na segunda as outras duas equipas, e na terceira disputam as equipas vencedoras das rondas anteriores, aos participantes da equipa vencedora é atribuído um prémio simbólico;

- Cada equipa elege um representante que ficará responsável por acionar a campainha ao fim de cada questão colocada. A primeira equipa a acionar a campainha é atribuída a possibilidade de responder à questão colocada (1 minuto), se acertar na resposta recebe 1 ponto, se errar é dada a possibilidade à outra equipa que terá de justificar adequadamente a resposta para ganhar 1 ponto.

- As questões do Quiz seguem uma sequência específica elaborada com base no estudo prévio de avaliação de conhecimentos e expectativas acerca do álcool efetuado com adolescentes (Barroso, 2009).

Estariam previstos vários momentos para a realização destas atividades (mediante disponibilidade das várias turmas), que poderiam ser programadas desde 14 de novembro até 2 de dezembro de 2022.

Para que seja possível a realização destas atividades é necessária a devida autorização.

Grata pela atenção,

A estudante,

Lícia Teixeira.

### **APÊNDICE XIII**

Questionário estilos de vida contexto respostas diferenciadas



## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE SAÚDE

CÓDIGO: \_\_\_\_\_

Sexo: M  F  | Idade: \_\_\_\_ | Escolaridade: \_\_\_\_ ° ano | Estado civil: \_\_\_\_\_

Com quem vive?

Família  Sozinho(a)  Amigos

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Problemas de saúde/ Medicação:</b> _____</li><li>• <b>Avaliação de T.A.:</b> ____/____ mmHg</li><li>• <b>Avaliação estato-ponderal</b> Peso _____ Kg Altura _____ m IMC: _____ Kg/ m<sup>2</sup></li></ul>
---

### 1. Alimentação

- Quantas refeições faz por dia? \_\_\_\_\_
- Como avalia a sua alimentação? \_\_\_\_\_
- Hábitos intestinais: \_\_\_\_ Vezes/dia

### 2. Exercício Físico

- Pratica exercício físico? Sim  Não
- Modalidade \_\_\_\_\_
- Frequência \_\_\_\_\_

### 3. Sono

- Considera que dorme bem/ o suficiente? \_\_\_\_\_
- Quantas horas dorme por dia? \_\_\_\_ h; Dorme de noite ou de dia? \_\_\_\_
- A reparação do organismo é igual dormindo de dia ou de noite? \_\_\_\_
- Tem dificuldades em induzir o sono? \_\_\_\_\_ Utiliza indutores do sono/estratégias? \_\_\_\_\_
- Trabalha por turnos? S\_\_ N\_\_, se sim, realiza períodos de descanso entre turnos? \_\_\_\_\_  
De quantas horas? \_\_\_\_\_



#### 4. Consumo de Substâncias

- **Fuma tabaco?** Sim  Não 
  - Se sim, quantos cigarros fuma por dia? 1 a 4  5 a 10  + 10
  - Há quanto tempo fuma? 1 mês a 1 ano  1 a 5 anos  + 5 anos
  - Já alguma vez pensou em deixar de fumar? Sim  Não
- **Consome ou consumiu alguma das seguintes substâncias?**

	Sim	Não
i. Haxixe, erva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Estimulantes, (anfetaminas, pastilhas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. Heroína, ópio, “crack”, morfina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv. Medicação usada como droga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vi. Outra	<input type="checkbox"/>	Qual? _____

Encontra-se em programa de substituição? Sim  Não

Se sim, mantém esse consumo? Sim  Não

#### SOCRATES 8D

*Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (Janeiro e Faísca, 2015)

	NÃO!	Não	?	Sim	SIM!
	Discordo Fortemente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo fortemente
1 Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
2 Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente das drogas.	1	2	3	4	5
3 Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de drogas os meus problemas vão tornar-se piores.	1	2	3	4	5
4 Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
5 Em tempos já consumi demasiado, mas consegui alterar isso.	1	2	3	4	5
6 Às vezes pergunto-me se o facto de eu consumir magoa as outras pessoas	1	2	3	4	5
7 Eu tenho um problema com drogas.	1	2	3	4	5
8 Não estou só a pensar em mudar em relação às drogas, já estou de facto a fazer algo por isso.	1	2	3	4	5
9 Eu já mudei em relação ao consumo de drogas e procuro aprender maneiras que me ajudem a evitar recaídas.	1	2	3	4	5
10 Eu tenho um problema sério com drogas.	1	2	3	4	5
11 Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
12 O meu consumo de substâncias está a causar muito mal.	1	2	3	4	5
13 Atualmente estou fazendo coisas para parar ou diminuir o meu consumo de drogas.	1	2	3	4	5
14 Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de drogas.	1	2	3	4	5
15 Eu sei que tenho um problema com as drogas.	1	2	3	4	5
16 Às vezes pergunto-me se o meu consumo de drogas é excessivo.	1	2	3	4	5
17 Eu sou um toxicodependente.	1	2	3	4	5
18 Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de drogas.	1	2	3	4	5
19 Fiz algumas mudanças em relação ao consumo de drogas e quero ajuda para evitar consumir drogas do mesmo modo que consumia antes.	1	2	3	4	5



Cotação para cálculo três fatores da SOCRATES 8D

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1			
Item 2			
Item 3			
Item 4			
Item 5	----	----	----
Item 6			
Item 7			
Item 8			
Item 9			
Item 10			
Item 11			
Item 12			
Item 13			
Item 14			
Item 15			
Item 16			
Item 17			
Item 18			
Item 19			
<b>Total</b> _____	<b>Total</b> _____	<b>Total</b> _____	
(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 8-40)	(Intervalo: 4-20)	

Percentis para os três fatores da SOCRATES 8D

Percentis (%)		Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
10	<i> muito baixo</i>	15	32	8
20		21	33	11
30	<i> baixo</i>	24	35	13
40		25	36	14
50	<i> médio</i>	26	37	--
60		27	38	15
70	<i> alto</i>	29	39	16
80		30	39	17
90	<i> muito alto</i>	--	40	18

Considera-se uma pessoa saudável?

Bastante saudável

Saudável

Pouco saudável

Há alguma questão que me queira colocar acerca da sua saúde?

---



---



---



---

## AUDIT

1. **Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?**
- |                                |                          |                                    |                          |
|--------------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                       | <input type="checkbox"/> | 3. Duas a três vezes por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Uma vez por mês ou menos    | <input type="checkbox"/> | 4. Quatro ou mais vezes por semana | <input type="checkbox"/> |
| 2. Duas a quatro vezes por mês | <input type="checkbox"/> |                                    |                          |
2. **Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?**
- |                   |                          |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 0. Uma ou duas    | <input type="checkbox"/> | 3. De sete a nove | <input type="checkbox"/> |
| 1. Três ou quatro | <input type="checkbox"/> | 4. Dez ou mais    | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cinco ou seis  | <input type="checkbox"/> |                   |                          |
3. **Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?**
- |                               |                          |                                  |                          |
|-------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> | 4.                               |                          |
4. **Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?**
- |                               |                          |                                     |                          |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | 4. Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |
5. **Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir tarefas que habitualmente lhe exigem por ter bebido?**
- |                               |                          |                                     |                          |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | 4. Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |
6. **Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para «curar» uma ressaca?**
- |                               |                          |                                     |                          |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | 4. Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |
7. **Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou remorsos por ter bebido?**
- |                               |                          |                                     |                          |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | 4. Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |
8. **Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por causa de ter bebido?**
- |                               |                          |                                     |                          |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| 0. Nunca                      | <input type="checkbox"/> | 3. Pelo menos uma vez por semana    | <input type="checkbox"/> |
| 1. Menos de uma vez por mês   | <input type="checkbox"/> | 4. Diariamente ou quase diariamente | <input type="checkbox"/> |
| 2. Pelo menos uma vez por mês | <input type="checkbox"/> |                                     |                          |
9. **Já alguma vez ficou ferido ou alguém ficou ferido por você ter bebido?**
- |                                      |                          |  |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| 0. Não                               | <input type="checkbox"/> | 4. Sim, aconteceu nos últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sim, mas não nos últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> |  |                          |
10. **Já alguma vez um familiar, amigo, médico, ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?**
- |  |                          |  |  |
|--|--------------------------|--|--|
| 0. Não                                 | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 2. Sim, mas não nos últimos 12 meses   | <input type="checkbox"/> |  |  |
| 4. Sim, aconteceu nos últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> |  |  |

➤ **Somatório das 10 questões:** \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Obrigada pela sua atenção!

## **APÊNDICE XIV**

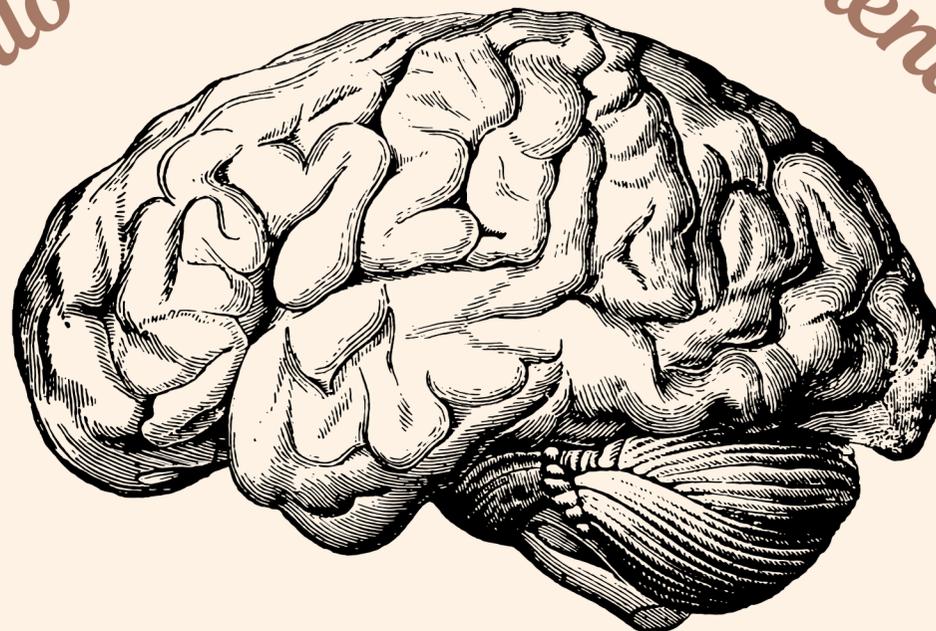
Panfleto estilo de vida e saúde mental

---

NÃO EXISTE SAÚDE  
FÍSICA SEM SAÚDE  
MENTAL!

---

*Estilo de Vida & Saúde Mental*



# “ ALIMENTAÇÃO E SAÚDE MENTAL ”



- Dieta completa, variada e equilibrada;
- Preferir os alimentos de época;
- Os Cereais integrais auxiliam a digestão e são ricos em fibras e outros nutrientes que facilitam o funcionamento intestinal;
- O consumo de água é essencial;
- O intestino é considerado o nosso "segundo cérebro", pois 95% da serotonina (neurotransmissor associado ao bem-estar) é produzida e armazenada no intestino.

## SONO E SAÚDE MENTAL

### Melatonina

- Hormona indutora de sono, segregada pela glândula pineal, durante os períodos de escuridão, atingindo o máximo às 2h;
- Promove o desenvolvimento e manutenção do sistema imunitário;
- Envolvida em funções anti-inflamatórias, anti-tumorais e anti-oxidantes.



## MEDIDAS GERAIS PARA UMA BOA HIGIENE DE SONO

- Ir para a cama apenas quando sentir sono;
- Tentar manter uma hora habitual de despertar;
- Evitar dormir sestas superiores a 15-20 minutos;
- Reduzir o consumo de cafeína ou bebidas estimulantes, evitando em absoluto o seu consumo entre 4 a 6 horas antes de adormecer;
- Eventuais refeições antes de adormecer devem ser leves;
- O exercício físico nas horas prévias ao adormecer poderá interferir com a qualidade do sono;
- Minimizar luz e ruído no quarto, adequando temperatura ambiente;
- Em caso de dificuldade em adormecer ou despertar noturno, sair da cama caso decorram mais de 15 a 30 minutos sem conciliar o sono.

Nuno Madeira (2017)



## **APÊNDICE XV**

Análise dos estudos

## Análise dos estudos

### Estudo 1

Título/Autor/ Ano/ País	Objeti vos	Particip antes	Metodologia	Resultados	Palavras- chave
<p><b>Screening and Brief Intervention for Risky Alcohol Consumption in the Workplace: Results of a 1-Year Randomized Controlled Study</b> (Ulric Hermansson; Anders Helander; Lena Brandt; Anders Huss and Sten Rönnerberg, 2010) -Suécia</p>	<p>Avaliar a eficácia das IB num padrão de consumo de bebidas alcoólicas de risco e nocivo, no período de 12 meses após uma triagem voluntária.</p>	<p>Funcionários de uma empresa de transportes que se apresentam ao serviço de saúde ocupacional para um check-up de rotina de saúde e estilos de vida (n=194).</p>	<p>Durante um período de 4 anos (1997-2001), todos os trabalhadores que acedessem ao serviço de saúde ocupacional para um check-up, seriam convidados a realizar uma triagem voluntária relativa ao seu consumo de álcool, com um possível acompanhamento em sessão e follow-up 12 meses depois.</p> <p>As sessões de triagem e follow-up seriam idênticas (aplicando o AUDIT e colhido sangue para análise de biomarcadores: a GGT e CDT).</p> <p>Após a sessão de triagem, apenas os trabalhadores que possuísem os critérios de inclusão (score AUDIT &gt;8 e/ou prova de biomarcadores positivos) passariam à fase seguinte, sendo que, seriam alocados, aleatoriamente, a um dos seguintes grupos: de controlo, de IB ou de intervenção abrangente (oferecida a escolha de uma de três sessões: IB ou uma recordação sistemática do consumo de álcool nos últimos 14 dias, sendo utilizada uma entrevista de acompanhamento de linha do tempo ou a auto-monitorização e registo diário das bebidas alcoólicas consumidas ao longo de 4 semanas).</p> <p>As intervenções seriam realizadas pelos profissionais de saúde da medicina ocupacional, sendo fornecida formação prévia na área.</p>	<p>Do total de participantes na triagem (n=990), apenas os que preenchiam os critérios de inclusão passaram à fase seguinte (n=194). Aleatoriamente foram alocados no grupo de controlo (n=70), no grupo de IB (n=58) ou no grupo de intervenção abrangente (n=66) e realizadas as respectivas intervenções. No follow-up realizado 12 meses após a triagem inicial, participaram um total de 158 funcionários da empresa.</p> <p>No follow-up foi possível observar que todos os participantes dos 3 grupos de estudo reduziram o score do AUDIT e também os níveis dos biomarcadores. No entanto, não houve diferença estatisticamente significativa entre os 2 grupos de intervenção e o grupo de controlo, em relação ao AUDIT ou aos biomarcadores.</p> <p>Não foi possível verificar se a IB ou a intervenção abrangente resultaria num consumo reduzido de álcool em comparação com o grupo de controlo, nem houve qualquer diferença significativa no resultado entre os dois grupos de intervenção. Uma razão para a falta de diferença entre os grupos de intervenção pode ser que a maioria indivíduos alocados para intervenção abrangente escolheram participar apenas da primeira sessão, e assim foi essencialmente idêntico a uma IB.</p> <p>Os resultados do estudo sugerem que uma triagem do padrão de consumo de álcool e IB realizada em conjunto com um exame de rotina de saúde e estilo de vida no local de trabalho pode ser eficaz na redução do consumo de álcool.</p> <p>Dado que não houve diferenças marcantes no resultado entre os grupos de intervenção e o grupo de controle, esta é uma indicação adicional de que a triagem de álcool pode, por si só, iniciar uma redução no consumo de álcool.</p>	<p>Brief Intervention; Alcohol; Workplace</p>

## Estudo 2

Título/Autor/A no/ País	Objetivos	Participantes	Metodologia	Resultados	Palavras-chave
<p><b>Screening and brief intervention delivery in the workplace to reduce alcohol-related harm: A pilot randomized controlled trial</b> (Hazel Watson, Christine Godfrey, Angus McFadyen, Katherine McArthur, Marisa Stevenson, Aisha Holloway, 2014)</p> <p>-Reino Unido</p>	<p>Explorar a viabilidade e a relação custo-benefício da triagem e implementação de IB em funcionários com consumo nocivo de álcool.</p> <p>Fornecer dados sobre o cálculo da amostra necessária para um estudo controlado randomizado e para determinar a viabilidade de conduzir tal investigação.</p>	<p>Funcionários de um conselho de autoridade local, no Reino Unido (No início do estudo empregava 7522 pessoas em quatro denominações de serviços: Serviços Corporativos, Serviços Educacionais, Serviços Sociais e Serviços Imobiliários).</p>	<p>Foram convidados a participar 1514 funcionários (sendo que este valor foi previamente calculado, na tentativa de prever uma amostra de 63 pessoas com consumos de risco). Foi enviada carta a explicar o propósito e a natureza do estudo + questionário sobre estilos de vida + AUDIT + instruções de como preencher e devolver.</p> <p>Os que demonstraram um consumo nocivo de álcool, foram convidados (por carta) a participar no estudo. Para os restantes (sem consumo nocivo), foram respondidas às questões levantadas, relacionadas com os estilos de vida, bem como realizados ensinamentos acerca de algumas temáticas, via carta.</p> <p>Os trabalhadores que aceitaram participar no estudo, foram aleatoriamente colocados num grupo de controlo (tratamento standard, n=29) ou num grupo de IB (tratamento standard + IB, n=26).</p> <p>As IB foram realizadas pelo enfermeiro de saúde ocupacional (previamente treinado para realizar as mesmas), promovendo a mudança de comportamento, baseando-se no modelo FRAMES (Feedback, Responsabilidade, Conselho, Menu de opções, Empatia, Autoeficácia) e na teoria da mudança.</p> <p>Foi ainda aplicado a ambos os grupos o instrumento EQ-5D que avalia a qualidade de vida através de indicadores como a mobilidade, os cuidados pessoais, as atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão.</p>	<p>Participaram no estudo (após triagem inicial e aceitação) 55 trabalhadores: dos quais 26 fizeram parte do grupo de tratamento standard + IB e 29 fizeram parte do grupo de controlo, apenas com tratamento standard. Existiu follow-up 6 meses depois.</p> <p>Os principais resultados sugerem que a implementação de IB no local de trabalho têm o potencial de reduzir danos provocados pelo álcool, bem como economizar recursos.</p> <p>A análise dos dados pré e pós-teste demonstrou que os funcionários do grupo que foi submetido a IB relataram reduções maiores do que os do grupo de controlo, relativamente ao nº de bebidas consumidas em 24 horas, bem como a redução do nº de dias a beber por semana e ainda a redução do nº de bebidas por semana.</p> <p>O estudo demonstrou ainda que os funcionários do grupo de IB relataram menos dias de uso de serviços hospitalares e cuidados primários do que no início do estudo, contrastando com o grupo de controlo, cujo uso pós-teste aumentou.</p> <p>O segundo objetivo do estudo foi cumprido, demonstrando que é viável a realização de um estudo controlado randomizado no contexto laboral e fornece ainda dados para calcular o tamanho da amostra necessário.</p>	<p>Alcohol consumption Workplace Screening Brief interventions Feasibility Pilot study: Randomised controlled trial</p>

### Estudo 3

Título/Autor/A no/ País	Objetivos	Participantes	Metodologia	Resultados	Palavras -chave
<p><b>Reduction of the alcohol consumption among workers Using a brief intervention</b></p> <p>(Brites, R., Abreu, A., Portela, L., 2019). -Brasil</p>	<p>Analisar o efeito das IB na redução do padrão de consumo de álcool entre trabalhadores, na perspectiva da saúde do trabalhador.</p>	<p>Trabalhadores da universidade e atendimento na Coordenação de Políticas em Saúde do Trabalho (CPST).</p>	<p>Foi realizado um estudo quase-experimental, não-randomizado, no período entre outubro e dezembro de 2016, na CPST, numa universidade pública do rio de janeiro, utilizando a caderneta de saúde do trabalhador.</p> <p>O estudo envolveu 100 questões relacionadas com saúde e qualidade de vida em geral + aplicação do AUDIT, sendo realizado pela pesquisadora.</p> <p>Mediante score do AUDIT, os participantes poderiam ser incluídos num grupo com um padrão de consumo de baixo risco (&lt;8 no score), consumo de risco (entre 8 e 15), consumo nocivo (entre 16 e 19) e provável dependência (&gt; 20).</p> <p>Aos participantes com consumo de baixo risco seria apenas fornecido feedback do resultado e oferecido flyer informativo.</p> <p>Os participantes com consumo de risco e nocivo, seriam contactados via e-mail ou telegrama para comparecerem na CPST, com dia e hora marcada para realização entrevista motivacional associada à IB .</p> <p>Seriam realizadas 3 sessões de IB, com intervalo de 1 semana, onde se abordaria temáticas como os benefícios de reduzir o consumo de álcool; quais as situações que poderiam levar ao consumo e como lidar/evitar essas situações; incentivar a abstinência.</p> <p>3 meses depois da ultima sessão, realizar-se-ia o follow-up, reaplicando-se o AUDIT.</p>	<p>Inicialmente efectuada triagem através do AUDIT a 316 pessoas, sendo que constituíram amostra 36 trabalhadores (selecionados segundo score do AUDIT: com 8 ou mais pontos). Os restantes 280 não incluídos na amostra faziam parte de um padrão de consumo de álcool de baixo risco.</p> <p>Após 3 meses da aplicação das IB, os scores do AUDIT diminuíram, ou seja, existiu uma redução no padrão de consumo (sendo que 6 pessoas não compareceram ao follow-up, portanto, n=30).</p> <p>A variável que mais diminuiu foi a frequência de consumo de álcool, de seguida, diminuiu a frequência de consumo de 5 ou mais bebidas numa única ocasião, diminuiu também a quantidade consumida. A média em relação ao sentimento de culpa ou remorso após beber foi reduzida e a incapacidade de lembrar o que aconteceu devido aos efeitos do álcool, também diminuiu.</p> <p>Os resultados estudo demonstram que as IB associadas à entrevista motivacional, contribuíram positivamente para a redução do padrão de consumo de álcool nos trabalhadores.</p>	<p>Alcoholism. Workers. Occupational health. Motivational interviewing. Primary health care.</p>

#### Estudo 4

Título/Autor/A no/ País	Objetivos	Participantes	Metodologia	Resultados	Palavras-chave
<p><b>Evaluation of a Workplace Brief Intervention for Excessive Alcohol Consumption: The Workscreen Project</b></p> <p>(Robyn Richmond, Linda Kehoe, M, Nick Heather, and Alex Wodak, 2000)</p> <p>-Austrália</p>	<p>Avaliar os efeitos de uma intervenção nos estilos de vida no local de trabalho para reduzir o consumo excessivo de álcool</p>	<p>- Trabalhadores de uma empresa de correios Austrália.</p>	<p>O estudo foi inicialmente promovido na empresa(em vários postos de trabalho da empresa) através de flyers, posters, placars de informação para aumentar a adesão dos funcionários.</p> <p>Numa 1ª fase existiu uma triagem-base, executada em todos os locais de trabalho onde foi aplicado o questionário de saúde e condição física (contem itens como o exercício físico, peso, o uso do tabaco e do álcool). Foram ainda criados 7 “<i>focus groups</i>” (com trabalhadores do grupo experimental e do grupo de controlo) para determinar atitudes em relação ao consumo excessivo de álcool no local de trabalho; avaliar opiniões sobre políticas e programas de álcool no local de trabalho; identificar rotinas e estruturas de trabalho que podem influenciar o consumo de álcool; identificar como a vida profissional influencia o consumo de álcool dos funcionários durante e após o trabalho; e identificar barreiras à participação nas intervenções.</p> <p>Numa 2ª fase implementou-se uma “campanha de estilos de vida” (dirigida apenas ao grupo experimental, durante 4 semanas) que consistia em 3 componentes principais: uma ampla campanha de promoção da saúde para aumentar a conscientização e aumentar a participação, avaliação individual da saúde dos funcionários e IB (aplicadas com os seguintes critérios: homens que consomem mais de 28 bebidas por semana ou mais de 8 bebidas consecutivas em duas ou mais ocasiões em 1 mês; e mulheres que bebam mais de 14 bebidas por semana ou mais de 6 bebidas consecutivas em duas ou mais ocasiões em 1 mês. Aos consumidores excessivos era-lhe pedido para responder ao “<i>Alcohol Dependence Data Questionnaire</i>” e os trabalhadores considerados consumidores excessivos com dependência baixa ou moderada e aqueles classificados como consumidores compulsivos receberam a intervenção breve).</p> <p>Numa 3ª fase (10 meses depois da triagem-base) ocorreu o <i>follow-up</i>, cujo objetivo era registrar os níveis de consumo de álcool e outros hábitos de vida de alto risco entre os funcionários das oito redes postais, como realizado na fase 1.</p>	<p>Na fase de triagem do consumo de álcool, 72 trabalhadores foram identificados com um consumo de álcool regular, excessivo e/ou “<i>binge</i>”. Desses 72, 46 continuaram o estudo e participaram na fase 2 e na fase 3.</p> <p>Não foram encontradas diferenças significativas no consumo de álcool dessas pessoas que continuaram e também não se sabe se os que mais consumiam foram os que deixaram de participar no estudo.</p> <p>Relativamente ao numero de bebidas consumidas por semana, as mulheres do grupo experimental (comparando a triagem com o follow-up) este diminuiu quando comparado com o grupo de controlo. Com os homens aconteceu o mesmo (diminuição do numero de bebidas por semana no grupo experimental quando comparado com o grupo de controlo), contudo, não estatisticamente significativo.</p>	<p>workplace; worksite; health promotion; alcohol intervention</p>

## Estudo 5

Título/Autor/ Ano/ País	Objetivos	Participantes	Metodologia	Resultados	Palavras-chave
<p><b>Outcome of a “modified brief intervention” program delivered at work place for a population with hazardous alcohol use</b></p> <p>(Sojan Baby, Harpreet Singh, Ranveer Singh, Siddharth Dixit, Amit Chail, Amresh Dubey, 2020)</p> <p>-Índia</p>	<p>Avaliar a viabilidade e o resultado de um programa de intervenção breve realizado num local de trabalho, em ambiente de grupo, para consumidores com um consumo perigoso de álcool.</p>	<p>-Grupo de participantes identificados com um consumo nocivo de álcool, num determinado local de trabalho.</p>	<p>O estudo foi realizado por 3 membros de uma equipa de saúde mental e psiquiatria, de Setembro de 2017 até Abril de 2018, sendo este, um pré e pós-intervenção sem grupo de controlo.</p> <p><u>Primeira etapa:</u> sessão de Psicoeducação de 30 minutos, para explicar a importância e a natureza do estudo, a garantia de sigilo, os direitos pessoais do grupo, bem como a participação voluntária no estudo. Foi ainda obtido um consentimento informado, antes da triagem. Posteriormente, foi aplicado o questionário ASSIST. De seguida, os indivíduos com triagem positiva foram informados sobre o seu problema de forma confidencial. A sua disponibilidade, bem como a preparação para as seguintes intervenções foram confirmadas e o consentimento para a segunda etapa, obtido.</p> <p><u>Segunda etapa:</u> os participantes com triagem positiva e que aceitaram participar no estudo, foram organizados num grupo, no seu local de trabalho. Posteriormente, 2 sessões semiestruturadas (com duração de 1 hora cada uma), foram realizadas. A primeira sessão teve como objetivo aumentar a motivação dos participantes, bem como colher dados acerca do seu consumo de álcool actual. A segunda sessão focou-se na prevenção de recaídas. As duas sessões foram realizadas com 1 mês de intervalo. Os participantes foram incentivados a solicitar esclarecimento/aconselhamento em qualquer momento da sessão.</p> <p><u>Terceira etapa:</u> Avaliação dos resultados obtidos, após 3 meses da realização da última sessão de intervenção, através de uma reavaliação do ASSIST.</p>	<p>-106 pessoas aceitaram fazer parte do estudo, sendo que apenas 90 o completaram. -55,56% dos participantes ficaram abstinentes e 24,44% reduziram significativamente a quantidade e a frequência do consumo de álcool; -50% dos participantes mantiveram um consumo de álcool em ocasião de festa; -A quantidade média de álcool consumido antes da IB era de 93 ml, sendo que após a IB passou a ser de 38,67 ml (estatisticamente significativa); -A média da quantidade máxima de álcool consumida antes da IB era de 172 ml, sendo que após a mesma, passou a ser de 65,33 ml (estatisticamente significativa); -O número médio de dias de consumo de álcool, num mês, antes da IB era de 4,79 dias, sendo que após a mesma, passou a ser de 1,62 dias (estatisticamente significativa); -A pontuação média do ASSIST - álcool o subtipo antes da IB era de 17,68, sendo que após a mesma, passou a ser de 6,56, (altamente significativa); -60% dos participantes relataram a falta de conhecimento acerca dos danos causados pelo consumo de álcool, antes de receberem a IB, enfatizando a importância da intervenção; -A maioria dos participantes desconhecia as unidades padrão de álcool, os limites de baixo risco de consumo, o padrão de uso de risco/nocivo, bem como as complicações médicas, psiquiátricas e sociais resultantes do aumento do consumo de álcool.</p> <p>-O fato deste estudo ter sido realizado no local de trabalho, sem grandes custos envolvidos, sendo realizado num curto espaço de tempo e com menor número de profissionais, aponta para a necessidade de intervenções mais regulares e aprimoradas. Após uma breve formação em IB, qualquer profissional de saúde a poder realizar, o que irá ampliar o seu alcance e os seus benefícios.</p>	<p>- ASSIST, brief intervention, hazardous alcohol use, secondary prevention</p>

## Estudo 6

Título/Autor/Ano/ País	Objetivos	Participantes	Metodologia	Resultados	Palavras-chave
<p><b>Evaluation of the Effectiveness of Brief Intervention for Alcohol Related Disorders Prevention in the Workplace</b></p> <p>(Maira Leon Ferreira; Maiara Rosa Albertoni; Nayara Baptista Silva; Laisa Marcorela Andreoli Sartes, 2016)</p> <p>-Brasil</p>	<p>Avaliar a eficácia e os efeitos da IB realizada no ambiente de trabalho, numa empresa de metalúrgica.</p>	<p>- Funcionários de uma empresa de metalúrgica.</p>	<p>Estudo do tipo randomizado não controlado, de natureza quantitativa. Inicialmente, os possíveis participantes, assinaram um termo de consentimento para a sua participação no estudo e de seguida, foi realizada uma triagem: aplicado um questionário sociodemográfico, o AUDIT (para avaliar o padrão de consumo de álcool) e ainda o instrumento “<i>University of Rhode Island Change</i>” –URICA (finalidade de avaliar o estágio de motivação para a mudança em que a pessoa se encontrava, e este só foi aplicado aos participantes com consumos de risco e/ou nocivo de bebidas alcoólicas).</p> <p>Mediante score do AUDIT, existiram intervenções diferentes:</p> <p>-<u>consumo de baixo risco</u>: “<i>Educação para o álcool</i>”: incentivar o indivíduo a manter seu consumo de baixo risco.</p> <p>-<u>consumo de risco e consumo nocivo</u>: aleatoriamente distribuídos para o <b>Grupo Feedback e Panfletos (1)</b> ou para o <b>Grupo IB (2)</b>.</p> <p><b>Grupo 1</b>: Receberam <i>feedback</i> sobre a pontuação do AUDIT e um panfleto sobre o uso de álcool.</p> <p><b>Grupo 2</b>: <i>Feedback</i> do AUDIT, panfleto informativo e ainda IB (utilizando os princípios da FRAMES).</p> <p><b>As IB</b>: englobaram o <i>feedback</i> sobre a pontuação do AUDIT, a responsabilização, a balança decisional, informações sobre o álcool, identificação de crenças, opções e encorajamento. Os funcionários que participaram nos <b>grupos 1 e 2</b> foram contactados após 3 meses, via telefone, para follow-up (aplicação do AUDIT, questionamento nº de bebidas consumidas e URICA).</p> <p>-<u>dependência</u>: encaminhados para tratamento especializado, conforme o interesse do participante.</p>	<p>O processo de recrutamento, triagem, aplicação das IB e <i>follow-up</i>, teve uma duração de 6 meses (18/03/2014 a 25/08/2014). Dos 120 funcionários convidados a participar no estudo, apenas 104 preencheram os critérios de inclusão. - Participantes com consumo de <u>baixo risco</u> (n=78); -Participantes com um consumo de <u>risco e/ou nocivo</u> (n=22), foram divididos em <b>Grupo 1</b>(n=7) e <b>Grupo 2</b>(n=15), sendo que todos eles participaram no <i>follow-up</i> via telefone ou presencialmente; - Participantes com <u>dependência</u> (n=4).</p> <p><u>Comparação pré e pós IB</u>: o <b>grupo 2</b> reduziu o padrão de consumo de álcool em todas as medidas quando comparamos as avaliações feitas antes e depois das IB. Por outro lado, no <b>grupo 1</b> não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das avaliações. A média do padrão de consumo no AUDIT <b>no grupo 1</b> foi de 11 pontos antes da intervenção, passando para 7,1 pontos após a intervenção, porém esta diferença não foi significativa. O <b>grupo 2</b> passou de 11,5 pontos no AUDIT para 6,6 pontos, após IB, que indica uma tendência para a redução no padrão de nocivo para baixo risco.</p> <p>-Quanto à quantidade de bebidas consumidas num dia normal, houve uma redução na quantidade destas, após a IB. O <b>grupo 1</b> apresentou a média de 3,0 bebidas antes da intervenção passando para 2,1 após 3 meses da intervenção e o <b>grupo 2</b>, com IB, teve uma média de 3,1 bebidas antes da IB e 1,0 no <i>follow up</i>.</p> <p>-Em relação ao nº de bebidas consumidas ao fim-de-semana, o <b>grupo 1</b> tinha uma média de 14,5 bebidas na linha de base passando para 5,4 no <i>follow up</i>. No entanto, não se mostrou estatisticamente significativa. No <b>grupo 2</b> as médias foram de 12,1 bebidas antes da aplicação da IB e 5,1 no <i>follow up</i>, sendo estatisticamente significativas.</p> <p>-Em relação à quantidade de bebidas consumidas durante a semana, o <b>grupo 1</b> bebia cerca de 1,8 bebidas, passando para 0,1 (diferença não estatisticamente significativa). O <b>grupo 2</b> relatou um consumo de 3,3 bebidas antes da IB, passando para zero após a IB. Comparando os <b>grupos 1 e 2</b> as diferenças não se mostraram significativas.</p>	<p>Brief psychotherapy; alcohol-related disorders; workplace; effectiveness</p>

## **APÊNDICE XVI**

Autorização do estudo pela Câmara Municipal

## Autorização do estudo pela câmara municipal

RE: Projeto Saúde Sem Reservas

---



[Redacted] .pt>

Para: Você



seg, 15/01/2024 13:49

Cara Lícia Teixeira

Serve o presente para informar que o Município de [Redacted] reconheceu e autorizou a realização de várias intervenções ao nível do Projeto " Saúde sem Reservas" .

Aproveito o momento para lhe agradecer todo empenho e dedicação que demonstrou ao longo deste projeto.

Votos de um Excelente 2024, com muita saúde e muitas realizações.

Com os melhores cumprimentos.

[Redacted]  
*Vereadora*

a: Rua [Redacted]

w: [Redacted]

## **APÊNDICE XVII**

Parecer comissão de ética Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

## COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)  
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (ESEnfC)

**Parecer N° P933\_12\_2022**

Título do Projecto: Intervenções breves no uso de risco e nocivo de álcool em trabalhadores da câmara [REDACTED]

Identificação das Proponentes

Nome(s): Lícia Maria Batista Teixeira.

Filiação Institucional: ESEnfC

Orientadores(es): Prof.ª Doutora Tereza Maria Mendes Diniz de Andrade Barroso.

**Relator:** Rogério Manuel Clemente Rodrigues

### Parecer

Integrado em Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria a proponente apresenta estudo com os objetivos de:

- 1- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos trabalhadores da câmara [REDACTED]
- 2- Identificar o nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas dos mesmos;
- 3- Identificar novamente o nível de risco de consumo de bebidas alcoólicas, 3 meses após a realização de intervenções breves.

O estudo é justificado, com base na bibliografia, pelo facto do consumo álcool se encontrar "entre os cinco principais fatores de risco para a saúde, deficiência e morte em todo o mundo, sendo um importante fator influenciador em mais de 200 doenças, como neoplasias, doenças hepáticas, doenças gastrointestinais, depressão, entre outras (World Health Organization, 2014)."

Metodologicamente o estudo é definido como "desenho de nível IV- estudos que verificam as hipóteses causais, tratando-se de um estudo preditivo e explicativo, tendo como objetivos prever uma relação causal entre os fenómenos. Será um estudo quase-experimental, com um único grupo. A variável dependente será o consumo de bebidas alcoólicas e a variável independente serão as intervenções breves."

Os participantes serão trabalhadores de câmara municipal do norte do país.

A recolha de dados "será realizada pela proponente, através de questionário..., em entrevista individual e em local privado e reservado. Os questionários serão numerados e codificados (para posterior avaliação), sendo que apenas a proponente terá acesso aos códigos, não existindo mais ninguém com acesso aos mesmos." Com base nos "scores obtidos serão realizadas intervenções breves (Educação, Aconselhamento Simples e Breve)." A reavaliação será efetuada 3 meses após a intervenção.

Assim, com base nos documentos submetidos:

- Estão definidos os critérios de inclusão;
- São apresentados os instrumentos de recolha de dados;
- É garantida a participação livre, voluntária e informada dos participantes;
- É garantida a confidencialidade dos dados recolhidos;
- Não são identificados danos para os participantes existindo eventuais ganhos pela deteção e encaminhamento nas situações de risco identificadas.

Pelo exposto o parecer da Comissão de Ética da UICISA-E é favorável ao estudo tal como apresentado. No entanto, o presente parecer não dispensa a autorização da instituição onde serão recolhidos os dados.

O relator:

*Rogério Manuel Clemente Rodrigues*

Data: 18/01/2023 A Presidente da Comissão de Ética:

*Maria Flomina Bokello*

## **APÊNDICE XVIII**

Guião das intervenções a realizar

## GUIÃO DE ACONSELHAMENTO EDUCACIONAL

<b>Baixo Risco (0-7)</b>	
<b>Fornecer feedback</b>	“Foram colocadas questões sobre a quantidade de álcool que consome e se sentiu algum problema relacionado com o seu grau de consumo”
	“Segundo o que respondeu, apresenta um risco reduzido de vir a ter problemas relacionados com o consumo de álcool, caso se mantenha a beber a níveis de baixo risco”.
<b>Informar</b>	“As evidências científicas demonstram que se beber não deve ultrapassar duas bebidas por dia. Deve evitar de beber, pelo menos, dois dias por semana” ( <b>Fornecer guia para um consumo de baixo risco</b> ).
	Ter noção da bebida padrão – um copo de cerveja (fino), um copo de vinho ou um copo de bebida destilada (Whisky), contém aproximadamente a mesma quantidade de álcool ( <b>Mostrar Painel 6</b> )
	O consumo acima deste nível aumentam a possibilidade de vir a desenvolver problemas de saúde relacionados com o álcool como: acidentes, ferimentos, hipertensão, doenças hepáticas.... ( <b>Mostar Painel 5</b> )
	No entanto, existem situações em que não se pode beber nos limites de baixo risco, pois são considerados de alto risco ( <b>Mostar Painel 5</b> ).
<b>Felicitar</b>	“Está de parabéns por ter um consumo de álcool de baixo risco, continue desta forma, para não ultrapassar os limites de baixo risco.”

## GUIÃO DE ACONSELHAMENTO SIMPLES

<b>Risco II (8-15) CONSUMO DE RISCO</b>	
<b>Fornecer feedback</b>	“Foram colocadas questões sobre a quantidade de álcool que consome e se sentiu algum problema relacionado com o seu grau de consumo”
	“Segundo o que respondeu, parece que está em risco de vir a ter problemas relacionados com a álcool se continuar com este nível de consumo.”
	“Gostava de falar consigo durante alguns minutos sobre esta questão.”
<b>Informar sobre a Pirâmide do consumidor</b>	“A melhor forma de explicar os riscos para a saúde relacionados com o seu consumo de álcool será seguir as ilustrações deste panfleto chamado Guia para um consumo de baixo risco. Vamos analisa-lo e depois darei uma cópia ( <b>Fornecer guia para um Consumo de baixo risco</b> ).
	Pirâmide do consumidor: descreve quatro tipos de consumidores ( <b>Mostar Painel 2</b> ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pessoas que abstenham completamente;</li> <li>2. Pessoas que bebem a nível de risco baixo;</li> <li>3. Consumo de alto risco (o álcool pode vir a causar problemas);</li> <li>4. Pessoas com dependência e graves problemas (saúde, família, trabalho e amigos)</li> </ol>
	“As suas respostas indicam que se encontra nesta categoria – Consumidores de alto risco. Este consumo apresenta riscos para a sua saúde, e possivelmente para outros aspectos da sua vida.”
<b>Informar sobre efeitos do consumo</b>	Alguma vez sentiu algum destes problemas? ( <b>Mostar Painel 3</b> )
	A melhor forma de evitar estes problemas é reduzir a frequência e a quantidade de álcool que consome, ou abster-se totalmente do consumo, para que o risco seja reduzido.
<b>Debater a necessidade de interromper ou reduzir consumo</b>	<p>“É importante reduza o consumo ou o interrompa completamente durante algum tempo. Muitas pessoas acham que é possível alterar os hábitos de consumo. Está disposto a tentar? (<b>Mostar Painel 4</b>)</p> <p>Pergunte a si mesmo se sentiu quaisquer sinais de dependência do álcool, no último ano, como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enjoos matinais;</li> <li>• Conseguir ingerir grandes quantidades de álcool sem parecer embriagado;</li> <li>• Se já tentou deixar de consumir mas não conseguiu.</li> </ul> <p>Se for este o caso, deverá considerar a possibilidade de parar completamente. Se não consome em excesso a maioria das vezes, e acha que não perde o controlo, deverá reduzir o consumo.”</p>
<b>Debater limites</b>	( <b>Mostar Painel 5</b> ) “A maioria dos utentes deve escolher em objectivo de consumo de baixo risco. Torna-se necessário que concorde. De acordo com os estudos científicos, não deve ingerir mais do que duas bebidas por dia. Para minimizar o risco de desenvolver dependência do álcool, haverá dois dias por semana que não bebe nenhuma bebida alcoólica. Deve evitar consumir até à intoxicação, o que pode acontecer com apenas duas ou três bebidas numa mesma ocasião. Além disso há situações em que nunca deve consumir, tais como estão descritas no <b>painel 5</b> .”
<b>Bebida padrão-definição</b>	( <b>Mostar Painel 6</b> ) “É importante que compreenda a quantidade de álcool que contem cada bebida que é usual consumir. Depois poderá ser mais fácil contar as bebidas que ingere num só dia e tentar manter-se dentro dos limites de um consumo baixo risco. Ter noção da bebida padrão – um copo de cerveja (fino), um copo de vinho ou um copo de bebida destilada (Whisky), contém aproximadamente a mesma quantidade de álcool. Se considerar cada uma delas como uma bebida padrão, tudo o que terá de fazer é contar o número de bebidas que consome num dia.”
<b>Encorajar</b>	“Agora que já conhece os riscos associados ao consumo de álcool e os limites aconselhados, tem alguma pergunta? Estou certa que poderá seguir estas sugestões e reduzir o consumo de álcool. Também ficará muito satisfeito por saber que pode fazer sozinho e assim melhorar a sua saúde. Se sentir necessidade de ajuda poderá sempre telefonar ou dirigir-se ao centro de saúde. Na sua opinião, em relação a si, acha que vai ser fácil ou difícil reduzir o consumo de álcool até aos limites de BR?”

## GUIÃO DE ACONSELHAMENTO BREVE

<b>Risco III (16-19) CONSUMO NOCIVO</b>		
<b>Fornecer feedback</b>	“Foram colocadas questões sobre a quantidade de álcool que consome e se sentiu algum problema relacionado com o seu grau de consumo”	
	“Segundo o que respondeu, parece que está em risco de vir a ter problemas relacionados com a álcool se continuar com este nível de consumo.”	
	“Gostava de falar consigo durante alguns minutos sobre esta questão.”	
<b>Informar sobre a Pirâmide do consumidor</b>	“A melhor forma de explicar os riscos para a saúde relacionados com o seu consumo de álcool será seguir as ilustrações deste panfleto chamado Guia para um consumo de baixo risco. Vamos analisa-lo e depois darei uma cópia. <b>(Fornecer cópia do guião para um consumo de baixo risco)</b>	
	<p><b>(Mostar Painel 2)</b> Pirâmide do consumidor: descreve quatro tipos de consumidores:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pessoas que abstenham completamente;</li> <li>6. Pessoas que bebem a nível de risco baixo;</li> <li>7. Consumo de alto risco (o álcool pode vir a causar problemas);</li> <li>8. Pessoas com dependência e graves problemas (saúde, família, trabalho e amigos)</li> </ol>	
<b>Informar sobre efeitos do consumo</b>	“As suas respostas indicam que se encontra nesta categoria – Consumidores de alto risco. Este consumo apresenta riscos para a sua saúde, e possivelmente para outros aspectos da sua vida.”	
<b>Informar sobre efeitos do consumo</b>	<b>(Mostar Painel 3)</b> “Este painel ilustra os tipos de problemas relacionados com a saúde que são provocados pelo consumo de alto risco.”	
<b>Avaliar e adequar o aconselhamento ao estágio motivacional</b>	<p>“Seria importante para si diminuir o consumo ou parar de beber por um tempo. Muitas pessoas descobrem que é possível mudar o hábito de beber. O/A Sr(a) está disposto a tentar?</p> <p>Gostaria que pensasse se em alguma ocasião já aconteceu sentir-se enjoado ou com tremores pela manhã, ou se nas ocasiões em que bebe, já lhe aconteceu beber em grandes quantidades de álcool sem parecer que está embriagado?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se sim – seria importante considerar a possibilidade de parar totalmente de beber.</li> <li>• Se não – embora não perca o controlo quando bebe, o seu consumo em algumas ocasiões é excessivo pelo que deveria diminuir o consumo.</li> </ul> <p>É importante que reduza o consumo ou que interrompa completamente durante algum tempo. Muitas pessoas acham que é possível alterar os seus hábitos de consumo.</p> <p>Está disposto a tentar?</p> <p>Numa escala de 1 a 10 diga onde se encontra, sendo 1 significa pouco importante e 10 muito importante.</p> <p>Que importância tem para si a mudança de hábitos de consumo?</p>	
	<b>1-4 Pré contemplação</b>	<b>4-6 contemplação</b>
<b>Debater limites</b>	<b>(Mostar Painel 5)</b> “A maioria dos utentes deve escolher em objectivo de consumo de baixo risco. Se estiver de acordo debateremos o que consiste o consumo de baixo risco.	

	<p>O consumo de baixo risco implica a redução do consumo de álcool até níveis e padrões que dificilmente trarão problemas a si e à sua família/amigos ou outros. Segundo os estudos científicos demonstram que o risco de problemas aumenta significativamente quando as pessoas consomem mais do que duas bebidas por dia em mais que cinco dias por semana. Além disso, até mesmo quantidades mais pequenas de álcool, apresentam riscos em determinadas circunstâncias. O cumprimento destas regras simples pode reduzir o risco para a saúde e a possibilidade de problemas para terceiros:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não beba mais do que duas bebidas alcoólicas por dia;</li> <li>• Não beba mais do que cinco dias por semana;</li> <li>• Não beba álcool quando: Conduzir ou utilizar máquinas, estiver grávida ou a amamentar, estiver a tomar medicação que interaja com o álcool, apresentar problemas clínicos que se agravem com o consumo de álcool, não conseguir parar ou controlar o seu grau de consumo.</li> </ul> <p>Sabia que um copo de cerveja (fino), um copo de vinho ou um copo de bebida destilada (Whisky), contém aproximadamente a mesma quantidade de álcool? Se considerar cada uma delas como uma bebida padrão, tudo o que terá de fazer é contar o número de bebidas que consome num dia.” <b>(Mostar Painel 6)</b></p> <p>Além disso há situações em que nunca deve consumir, tais como descritas no <b>painel 5</b>.</p> <p>É provável que o desejo que sente se altere de acordo com o seu estado de espírito, as pessoas com quem está e conforme a disponibilidade do álcool. Outra questão que gostaria de abordar consigo é Como pode alterar os seus hábitos de Consumo?</p> <p>Geralmente as pessoas conseguem alterar os seus hábitos de consumo com êxito quando seguem um plano simples. Juntos podemos criar um plano de consumo consciente. Se possível, alguém deverá ajudá-lo. Talvez um amigo ou um familiar ou um elemento da sua comunidade. Vamos elaborar o plano?</p>
<p><b>Plano de redução do consumo</b></p>	<p><b>(Usar guia para elaboração do plano individual de redução do consumo – Guião C/1)</b> Que benefícios poderei ter se reduzir o consumo de bebidas alcoólicas? Em que medida irá a minha vida melhorar? Construir a balança decisional (vantagens e desvantagens)</p>
<p><b>Encorajar</b></p>	<p>Lembre-se que de cada vez que se sinta tentado a beber em demasia e que consiga resistir, está a mudar o seu hábito. Sempre que se sentir extremamente desconfortável, perturbado ou infeliz, repita para si mesmo que isso é passageiro. Se sentir a necessidade de uma bebida, faça de conta que esse desejo é o mesmo que uma dor de garganta que é preciso aguentar até ficar curado.</p> <p>Se tiver alguém que o ajude, seja honesto e diga-lhe a quantidade real que bebe por dia e admita quando conseguiu resistir à tentação e quando bebeu em demasia.</p> <p>Por fim, é bem provável que tenha alguns maus dias em que bebe em demasia. Quando isso acontecer não desista. Não se esqueça que as pessoas que aprenderam a beber em níveis de baixo risco passaram muitos dias maus até conseguirem atingir os seus objectivos. Com o passar do tempo tudo ficará mais fácil.</p>

## **APÊNDICE XIX**

Folheto “Álcool e limites”

# Álcool e Limites

Condutor	Taxa de Álcool no Sangue	Contra-ordenação	Penalização
Regime probatório e condutores profissionais	0,20 g/L até 0,49 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,50 g/L até 0,79 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
Regime probatório e condutores profissionais	0,50 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,80 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
Todos	≥1,20 g/L	Crime	Pena de prisão até 1 ano ou pena de multa até 120 dias + Inibição de Conduzir entre 3 a 36 meses + Perda de 6 pontos na carta.



## TAXA DE ALCOOL NO SANGUE

$$TAS = Q/(PxK)$$

Q – Quantidade de álcool ingerido, em gramas.

2 bebidas= 20g

P – Peso do indivíduo em Kg.

K – Constante:

- 1,1 se o consumo for à refeição;

- 0,7 homem em jejum;

- 0,6 mulher em jejum.

# Álcool e Limites

Condutor	Taxa de Álcool no Sangue	Contra-ordenação	Penalização
Regime probatório e condutores profissionais	0,20 g/L até 0,49 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,50 g/L até 0,79 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
Regime probatório e condutores profissionais	0,50 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,80 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
Todos	≥1,20 g/L	Crime	Pena de prisão até 1 ano ou pena de multa até 120 dias + Inibição de Conduzir entre 3 a 36 meses + Perda de 6 pontos na carta.



## TAXA DE ALCOOL NO SANGUE

$$TAS = Q/(PxK)$$

Q – Quantidade de álcool ingerido, em gramas.

2 bebidas= 20g

P – Peso do indivíduo em Kg.

K – Constante:

- 1,1 se o consumo for à refeição;

- 0,7 homem em jejum;

- 0,6 mulher em jejum.

# Álcool e Limites

Condutor	Taxa de Álcool no Sangue	Contra-ordenação	Penalização
Regime probatório e condutores profissionais	0,20 g/L até 0,49 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,50 g/L até 0,79 g/L	Grave	Coima de 250€ a 1250€ + inibição de conduzir entre 1 a 12 meses + perda de 3 pontos na carta.
Regime probatório e condutores profissionais	0,50 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
+ de 3 anos de carta	0,80 g/L até 1,19 g/L	Muito Grave	Coima de 500€ a 2500€ + inibição de conduzir entre 2 a 24 meses + perda de 5 pontos na carta.
Todos	≥1,20 g/L	Crime	Pena de prisão até 1 ano ou pena de multa até 120 dias + Inibição de Conduzir entre 3 a 36 meses + Perda de 6 pontos na carta.



## TAXA DE ALCOOL NO SANGUE

$$TAS = Q/(PxK)$$

Q – Quantidade de álcool ingerido, em gramas.

2 bebidas= 20g

P – Peso do indivíduo em Kg.

K – Constante:

- 1,1 se o consumo for à refeição;

- 0,7 homem em jejum;

- 0,6 mulher em jejum.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Panfleto “Guia para um consumo de baixo risco”

O que é um limite de baixo risco?

Homem: Não mais de duas bebidas padrão por dia

Mulher: Não mais de uma bebida padrão por dia

Não beber pelo menos em dois dias da semana

Não esquecer que há alturas em que até mesmo uma ou duas bebidas podem ser demais



Por exemplo:

Quando conduzir ou utilizar máquinas;

Durante a gravidez ou amamentação;

Quando toma certos medicamentos;

Se apresentar determinados problemas clínicos;

Se não conseguir controlar o consumo.

## O que é uma Bebida Padrão?



1 copo de cerveja normal (ex. 200ml a 6%) tem  $\approx$  10g de álcool puro

1 copo de vinho (ex. 100ml a 12%) tem  $\approx$  10g de álcool puro

1 copo de bebida destilada (whisky, gin, vodka) (ex. 30ml a 40%) tem  $\approx$  10g de álcool puro

1 shot de bebidas destiladas tem sempre mais quantidade de álcool, pois mistura várias bebidas de alto teor alcoólico, num copo que habitualmente tem 30ml (ex. 30ml a 40%) tem  $\geq$  10g de álcool puro



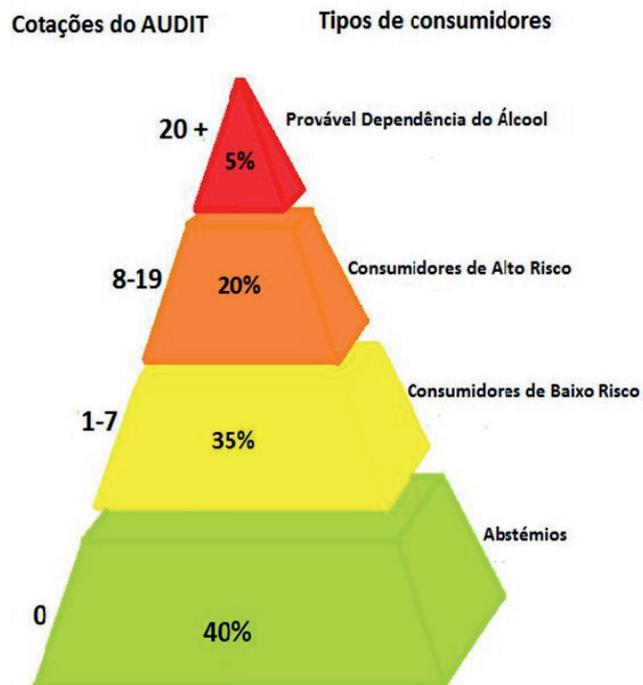
Copyright:

Guia do projeto "Saúde sem Reservas - Estratégias de diagnóstico e intervenções breves para a redução do consumo nocivo de álcool (risco/nocivo) 2007-2024" inscrito UI/CISA: E/ESEnFC adaptado de Babor e Higgins Bidale (2001), Revista 2022.

# GUIA PARA UM CONSUMO DE BAIXO RISCO



## Painel 2 - Pirâmide do Consumidor



## Painel 3 - Efeitos do Consumo de Alto risco

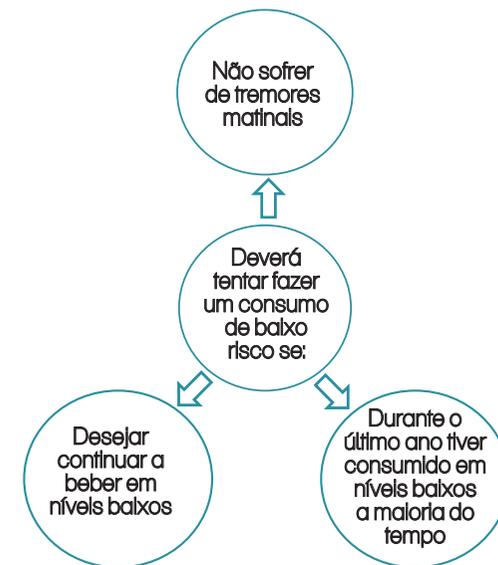


Legenda:

1. Comportamento agressivo e irritável. Discussões. Violência. Depressão. Nervosismo. Dependência do álcool. Perda de memória.
2. Envelhecimento precoce. Entumescimento do nariz "nariz vermelho".
3. Cancro da boca e orofaringe.
4. Constipações frequentes. Reduzida resistência a infeções. Risco acrescido de pneumonia.
5. Enfraquecimento do músculo cardíaco. Insuficiência cardíaca. Anemia. Dificuldades de coagulação. Cancro da mama.
6. Lesões do fígado.
7. Deficiência vitamínica. Hemorragia. Inflamação grave do estômago. Vômitos. Diarreia. Desnutrição.
8. Inflamação do pâncreas.
9. Sensação de fraqueza. Quedas.
10. Trémulo das mãos. Formigueiro nos dedos. dedos adormecidos. Nevralgias.
11. Homem: Desempenho sexual reduzido. Mulher: Risco de dar à luz crianças com malformações, atrasos ou de baixo peso.
12. Úlcera.
13. Dedos dos pés dormentes e com formigueiro. Nevralgias.

O consumo de alto risco pode conduzir a problemas sociais, legais, clínicos, familiares, profissionais e financeiros. Pode reduzir a esperança de vida, levar a acidentes e à morte devido a condução sob o efeito do álcool.

## Devo apenas deixar de beber ou reduzir o consumo?



Só deverá adotar um consumo reduzido de álcool se estes três pontos de aplicarem.