



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

**A implementação de um projeto integrado no Centro de Saúde de
Caminha**

MARIA CARLA TORRES VISEU

**TRABALHO DE PROJETO APRESENTADO AO INSTITUTO POLITÉCNICO DE
VIANA DO CASTELO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE COMUNITÁRIA**

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA CARMINDA MORAIS

VIANA DO CASTELO, NOVEMBRO 2014



INSTITUTO POLITÉCNICO DE VIANA DO CASTELO
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL
A implementação de um projeto integrado no Centro de Saúde de
Caminha

MARIA CARLA TORRES VISEU

TRABALHO DE PROJETO APRESENTADO AO INSTITUTO POLITÉCNICO DE
VIANA DO CASTELO PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE COMUNITÁRIA

ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA CARMINDA MORAIS

VIANA DO CASTELO, NOVEMBRO 2014

Resumo

Muitos problemas de saúde causadores de morbimortalidade estão relacionados com os estilos de vida, onde se incluem os comportamentos de saúde. Em Portugal e na região norte, o consumo de álcool foi identificado como um dos quatro fatores de risco associados à morbimortalidades (PRSN, 2014-2016).

No distrito de Viana do Castelo a taxa de mortalidade padronizada para o sexo masculino, relativa à doença crónica do fígado e cirrose, ocupa o nono lugar e no que respeita às causas de morte específica na mulher ocupa o oitavo lugar, registando-se diferenças estatísticas relativamente à região norte.

A intervenção estruturada nesta área, tem um histórico recente e envolve basicamente três dos dez concelhos. A estratégia atualmente, adotada reveste-se de um caráter transdisciplinar, partindo fundamentalmente de situações sinalizadas e referenciadas maioritariamente através de programas sociais (CPCJ,RSI,NACJR, entre outros), numa lógica de parceria local. As ações desenvolvidas abrangem fundamentalmente o consumo problemático e a redução de danos, e ações pontuais em algumas escolas do ensino básico. A intervenção circunscreve-se à UCC em articulação com a saúde familiar para a agilização da prescrição de meios complementares de diagnóstico e terapêutica.

Quer pela complexidade da abordagem quer pela magnitude dos PLA especificamente na nossa região, a nossa proposta centra-se numa ampliação da natureza e abrangência da ação, ainda que de forma faseada. A nossa intervenção é assim suportada na Metodologia de Projeto que, ao desenvolver uma abordagem sistematizada, se centra na pesquisa, análise e resolução/minimização de um problema concreto do contexto. Neste sentido, a finalidade deste projeto de base local é implementar uma abordagem integrada dos PLA, no Centro de Saúde de Caminha. Integram a sua dimensão teórico metodológica como principais linhas estruturantes: a intervenção aos quatro níveis de prevenção (exceção da prevenção quaternária), articulação entre a UCC, UCSP e USF, e o envolvimento da equipa no confronto com a problemática complexa, os PLA.

A dimensão praxiológica, construída em congruência com o quadro de referências salientamos o diagnóstico de situação efetuado com recurso à análise documental e *focus group* (enquanto técnica promotora do diagnóstico e simultaneamente de construção do

pensamento coletivo sobre a problemática). Na sequência da etapa anterior, integrado na mesma dimensão, elaborou-se um plano de ação concertado em torno de três eixos estruturantes: Prestação de cuidados ao longo do ciclo vital e em diferentes settings; Gestão e Organização e Supervisão clínica.

Foi implementado um conjunto de atividades no âmbito da Gestão e Organização e da Supervisão clínica nomeadamente: a construção da base de dados dos utentes com consumo problemático/dependência; o início da formação em serviço nesta área, a realização da formação inicial do Projeto “ Eu e os Outros” por um elemento da equipe de S. Escolar e a identificação do elemento dinamizador na UCSP e na USF na implementação do rastreio dos consumos e intervenções breves.

A adesão da equipa superou as expectativas, sendo evidente a necessidade de acompanhamento de uma mudança que atingiu, nos termos Kurt Lewin o descongelamento, mas que urge consolidar.

Palavras-chave: Problemas Ligados ao álcool; Intervenção integrada; Níveis de prevenção

Abstract

Many health problems which cause morbidity-mortality are related to lifestyles where health behaviours are included. In Portugal and in the northern region, the consumption of alcohol has been identified as one of the four risk factors associated with morbidity-mortality (PRSN, 2014-2016).

In the Viana do Castelo district the standardized mortality rate for males, in relation to chronic liver disease and cirrhosis, occupies the ninth place, and with regard to specific causes of death in women, it occupies the eighth place, registering statistical differences with respect to the northern region.

The structured intervention in this area has a recent record and basically involves three of the ten counties. The currently adopted strategy is of a transdisciplinary character, basically starting from situations signalled and referenced mainly through social programs (CPCJ, RSI, NACJR, among others), within a logic of local partnerships. The actions developed, primarily cover the problematic use and harm reduction and specific actions in some primary schools. The intervention is limited to the CCU (Community Care Unit) in connection with family health for streamlining the prescription of supplementary diagnostic and therapeutic procedures.

Not only due to the complexity of the approach but also the magnitude of the PRA (problems related to alcohol) specifically in our region, our proposal focuses on an expansion of the nature and scope of the action, even if it will be in a phased manner. Our intervention is thus supported in the Project Methodology that by developing a systematic approach, will focus on research, analysis and resolution / mitigation of a specific problem from the context. In this sense, the purpose of this project is to implement a locally-based integrated approach of the PRA, at the Health Centre of Caminha. Integrating as the main structural lines of its theoretical methodological dimension, we have: the intervention within the four levels of prevention (except for quaternary prevention), links between the CCU, PHCU and FHU (Community Care Unit, Personalized Health Care Unit and Family Health Units), and the involvement of the team in confronting with the complex problematic, the PRA.

The praxeological dimension, built in assent with the framework of reference, we emphasize the diagnostic-situation conducted by resorting to document analysis and *focus group* (while promotional technique not only of the diagnosis but also of the structuring of collective thinking on the problem). Following the previous step, within the same dimension, an action plan was drawn around three structural axes: providing care across the life cycle and in different settings; Organization and Management and Clinical Supervision.

A set of activities were implemented within the Organization and Management and Clinical Supervision, namely: the construction of the database of users with problematic/dependent consuming; the beginning of the in-service training in this area, carrying out the initial training of the project “Eu e os Outros” (“Me and the Others”) by a member of the School’s Health team and the identification of the dynamic element in the PHCU and FHU in the implementation of tracing consumption and brief intervening.

The compliance to the team exceeded all expectations and it was clear the need to monitor the change that, according to Kurt Lewin’s terms, achieved *the defrost*. Nevertheless, one must strengthen.

Keywords: Problems Linked to Alcohol; Integrated intervention; Prevention levels

Resumen

Muchos de los problemas de salud que causan morbilidad están relacionados con estilos de vida donde se incluyen las conductas de salud. En Portugal y en la región norte, el consumo de alcohol se ha identificado como uno de los cuatro factores de riesgo asociados con morbilidad. (PRSN, 2014-2016).

En el distrito de Viana do Castelo la tasa estandarizada de mortalidad para los hombres, en relación con la enfermedad hepática crónica y cirrosis, ocupa el noveno lugar en cuanto a las causas específicas de muerte en las mujeres ocupa el octavo lugar, registrando diferencias estadísticas en relación con el norte.

Una Intervención estructurada en este ámbito, tiene una historia reciente y envuelve básicamente tres de los diez condados. La estrategia adoptada en la actualidad es de carácter transdisciplinario, básicamente, a partir de situaciones señalizadas y se hace referencia en gran parte a través de programas sociales (CPCJ, RSI, NACJR, entre otros) en una lógica de cooperación local. Las acciones desarrolladas cubren principalmente el uso problemático y la reducción de daños, y acciones específicas en algunas escuelas primarias. La intervención se limita a la UCC, en relación con la salud familiar para la racionalización de la prescripción de medios complementares de diagnóstico y terapéutica.

Por la complejidad del enfoque y la magnitud de los PLA específicamente en nuestra región, nuestra propuesta se centra en la expansión de la naturaleza y del alcance de la acción, aunque de forma escalonada. Nuestra intervención está bien apoyada en la Metodología del Proyecto que mediante el desarrollo de un enfoque sistemático, se centra en la investigación, el análisis y la resolución/mitigación de un problema concreto del contexto. En este sentido, el propósito de este proyecto es implementar un enfoque integrado de base local de los PLA en el Centro de Salud de Caminha. Integran en su dimensión teórico-metodológica como principales líneas estructurantes: la intervención a los cuatro niveles de prevención (a excepción de la prevención cuaternaria), los vínculos entre la UCC, UCSP y USF y la implicación del equipo para enfrentar problemas complejos, los PLA.

La dimensión praxiológica, construida en congruencia con el marco de referencia enfatiza el análisis de situación llevada a cabo mediante el análisis de documentos y grupos de enfoque (tiempo que se promueve el diagnóstico técnico y la construcción al mismo tiempo la reflexión colectiva sobre el problema). Después de la etapa anterior parte de la misma dimensión, se ha elaborado un plan de acción concertado en torno a tres ejes estructurales: Prestación de la atención en todo el ciclo de la vida y en diferentes contextos, Organización y Gestión y Supervisión clínica.

Fue implementado un conjunto de actividades llevadas a cabo en el ámbito de la Organización y Gestión y Supervisión clínica incluyendo: la construcción de la base de datos de los usuarios con consumo problemático/dependiente; el comienzo de la formación en el servicio en esta área, la realización de la formación inicial del proyecto “ Yo e los Otros” por un miembro del equipo de S. Escolar, y la identificación del elemento dinámico en la UCSP e la USF en la implementación de la detección de los consumos e las intervenciones breves.

La adhesión de los miembros del equipo superó las expectativas, y es una clara necesidad de acompañamiento del cambio que se ha producido en los términos de Kurt Lewin, el descongelamiento, que es necesario consolidar.

Palabras-clave: Problemas relacionados con el alcohol; Intervención integrada; Niveles de prevención

Dedicatória

À minha família, aos meus colegas de trabalho pelo apoio, compreensão que demonstraram ao longo da elaboração deste trabalho.

Agradecimentos

À Professora Doutora Carminda Morais, pela sua orientação meticulosa, pela crítica construtiva e pelas suas sugestões e sobretudo, pelos bons momentos de reflexão que me proporcionou.

Acrónimos, abreviaturas e siglas

CID-8 - Classificação Internacional de Doenças- 8

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças-10

CRI - Centro de Respostas Integradas

CSP -Cuidados de Saúde Primários

CS - Centro de Saúde

DALY- Disability Adjusted Life Year

YDL-Years Lived with Disability

PNRCAD - Plano Nacional de Redução dos Comportamentos Aditivos e Dependências

PNSE - Plano Nacional de Saúde Escolar

PHEPA - Primary Health Care European Project on Alcohol

PLA - Problemas Ligados ao álcool

OMS - Organização Mundial de Saúde

WHO - World Health Organization

RSI - Rendimento Social de Inserção

SDR - Standardized Death Rates

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SNC - Sistema nervoso Central

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

Índice Geral

Resumo.....	ii
Abstract.....	iv
Resumen.....	vi
Acrónimos, abreviaturas e siglas.....	x
Índice de quadros.....	xiii
Índice de figuras.....	xiv

INTRODUÇÃO

PARTE I. Construindo um Referencial para a ação.....	19
1. A PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL.....	20
1.1. Políticas públicas e consumo de álcool.....	21
1.1.1. O consumo de álcool na Europa.....	22
1.1.2. Políticas públicas sobre o álcool na Europa.	25
1.1.3. Padrões de consumo.....	27
1.1.4. O impacto do consumo de álcool.....	29
1.2.Álcool: Um olhar sobre a sociedade portuguesa na atualidade.....	31
1.2.1. Caracterização dos consumos	32
1.2.2. Políticas Públicas.....	35
2. DO CONSUMO DO ÁLCOOL AOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL.....	37
2.1. O metabolismo do álcool no organismo.....	37
2.2. Problemas ligados ao álcool.....	41
2.2.1. Problemas ligados ao álcool no indivíduo.....	41
2.2.2. Problemas ligados ao álcool na família.....	47
2.2.3. Problemas ligados ao álcool no trabalho.....	48
2.2.4. Problemas ligados ao álcool na comunidade.....	49
3. DA COMPREENSÃO DOS CONSUMOS À INTERVENÇÃO EM SAÚDE.....	51
3.1. Teorias e Modelos Integrativos e Compreensivos.....	53
3.2. Da Promoção da saúde à prevenção dos PLA.....	57

PARTE II. Consubstanciando um projeto de intervenção integrada.....	63
4. ABORDAGEM INTEGRADA DOS PLA.....	64
4.1. Análise de Situação: do ideal ao possível.....	65
4.2. Breve Sumula das concepções estruturantes da intervenção.....	66
4.2.1. Modelo de Abordagem de suporte ao projeto.....	69
4.2.2. Abordagem do Consumo de Álcool- Rastreio e Intervenções Breves em Contexto de Cuidados de Saúde Primários.....	71
4.2.3. A Detecção de casos de consumo abusivo de álcool.....	73
4.2.4. O Rastreio e as Intervenções Breves em CSP	74
4.2.5. A Educação para a Saúde e a Saúde Escolar.....	75
4.3. Caracterização sumária da intervenção sobre os PLA no distrito de Viana do Castelo.....	78
4.4. Contextualização dos PLA no Centro de Saúde de Caminha.....	80
4.5. Caracterização da população alvo.....	90
4.6. Recursos Humanos.....	96
5. PLANO DE AÇÃO.....	99
6. DO PLANEADO AO REALIZADO.....	107
7. EVOLUIR NA CONTINUIDADE.....	118
8. CONCLUSÃO.....	121
BIBLIOGRAFIA.....	124
Apêndices	
Apêndice I - Eixo I: Prestação de Cuidados.....	131
Apêndice II - Eixo II: Gestão e Organização.....	134
Apêndice III- Eixo III: Supervisão Clínica.....	137
Apêndice IV- Cronograma de acompanhamento do desempenho dos objetivos.....	140
Apêndice V- Definição de objetivos e indicadores	143
Anexos	
Anexo I - Construção do Plano Individual de Intervenção.....	148
Anexo II - Fluxograma de Acompanhamento.....	151
Anexo III - Plano de Formação.....	153

Índice de quadros.

Quadro 1 – Consumo <i>per capita</i> nas diferentes regiões da Europa (2009)	28
Quadro 2 - Correspondência entre a capacidade do copo e o conteúdo de álcool puro.....	40
Quadro 3 – Distribuição absoluta da população residente em Caminha por grupo etário.....	90
Quadro 4 – Distribuição da população inscrita segundo a atribuição a médico de família.....	91
Quadro 5 - Número de utentes segundo a unidade de saúde e o acesso ao médico de família.....	91
Quadro 6 – Enfermeiro gestor de caso segundo a área geográfica na UCSP.....	92
Quadro 7 – Diagnóstico “ Abuso agudo de álcool” e “Abuso crónico de álcool” referente às duas unidades funcionais.....	93
Quadro 8 – Indicadores de Saúde Mental.....	94
Quadro 9 – Prevalência de “ Abuso crónico de álcool” e “Abuso agudo de álcool” por freguesias.....	95
Quadro 10 – Distribuição dos Recursos Humanos.....	97

Índice de Figuras

Figura 1 – Ciclo aditivo do etanol.....	39
Figura 2 – Modelo de abordagem de suporte ao projeto.....	70
Figura 3 – Diagrama de Espinha de peixe.....	85

INTRODUÇÃO

O álcool possui um papel importante na História da Humanidade. Classificado como uma substância psicotrópica lícita, com uma grande aceitação social, leva a que o seu consumo seja encarado como um enorme desafio para a nossa sociedade. Neste sentido, é necessário aprender a viver com esta substância, da forma mais saudável, reduzindo o seu consumo, no sentido de um estilo de vida saudável. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a evolução verificada nos últimos anos no consumo de álcool, está a aumentar rapidamente, e a contribuir de forma significativa para a carga das doenças em todo o mundo.

Neste contexto, também não se pode perder de vista as incertezas e questões relativamente á génese e á origem das dependências, sendo que vários autores destacam a existência múltipla de fatores sociogénicos e culturais que explicam a vulnerabilidade individual e as discrepâncias de reação ao álcool. Estima-se que no nosso país existam cerca de setecentos e quarenta mil bebedores excessivos e quinhentos e oitenta mil doentes alcoólicos, o que torna o alcoolismo, um importante problema de saúde pública.

Face a estes números, torna-se imperativo implementar uma estratégia preventiva eficaz que permita detetar precocemente os indivíduos com consumo de bebidas alcoólicas de risco, de forma a evitar as nefastas consequências sociais e na saúde das populações.

Tem sido atribuído aos profissionais dos cuidados de saúde primários a responsabilidade de identificar e intervir juntos daqueles que apresentam consumo de risco e nocivo de álcool. A identificação destas situações e subsequente aplicação de programas de intervenção breve, constitui de facto uma oportunidade para educar acerca dos riscos do consumo de bebidas alcoólicas. Todavia os profissionais de saúde, deparam-se frequentemente na sua prática clínica diária com algumas dificuldades na identificação e aconselhamento destes utentes. Não obstante, uma parte da literatura que aborda as questões relacionadas ao consumos de substâncias e em particular do álcool, parece acabar por se centrar mais em questões ligadas a uma intervenção ou a um tratamento mais especializado do que nas estruturas existentes na comunidade e prestadoras de serviços à população em geral, reforçando a crença de que não é possível intervir quer numa fase mais precoce, quer sobre os casos que apesar de usarem o álcool de forma menos saudável, apresentam problemas considerados menos graves, associados a esse consumo.

Todavia, as evidências científicas têm demonstrado o contrário, confirmando a necessidade acrescida de intervenções mais precoces, de forma a diminuir as consequências associadas ao consumo desregrado de bebidas alcoólicas, e não apenas naqueles que são considerados dependentes propriamente ditos. Aira et al (2003) sugerem a mudança de foco no sentido de considerar os fatores de risco associados aos estilos de vida, em oposição à postura reducionista de considerar apenas a dependência enquanto problema de saúde.

De facto o peso das doenças e dos problemas sociais associados ao consumo generalizado de álcool, tem demonstrado ser muito maior, do que o que diz respeito apenas às situações de dependência em si.

Neste contexto a Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1992 preconizando a implementação de políticas preventivas criou o *European Alcohol Action Plan*, com o objetivo de promover as medidas necessárias para o cumprimento do décimo sétimo objetivo das Metas de Saúde para Todos no ano 2000 ou seja a redução em 25% do consumo de álcool, com especial atenção ao consumo de risco entre 1980 e 2000. Além da importância da deteção precoce, este plano enfatiza o modelo de intervenção breve de base motivacional como forma de aconselhamento nas mudanças de comportamento de risco em relação ao consumo de bebidas alcoólicas e também na sua redução. Este plano coloca o enfoque nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) concretamente na prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool (PLA).

Atualmente a OMS, na sua estratégia de satisfação do objetivo Saúde para Todos no Ano 2015 refere na meta 12 “ *Diminuir o consumo de álcool a 6 litros per capita por ano para a população de 15 ou mais anos, e reduzir o consumo de álcool na população de 15 ou menos anos até ao limiar de 0%*”

Sabe-se através de recursos epidemiológicos, que os dados referentes ao volume médio de consumo e padrões de consumo, podem ser correlacionados a diversas categorias de problemas de saúde, que de antemão guardam consistente grau de associação com o consumo de álcool. De acordo com Plano Regional de Saúde do Norte 2014-2016, o consumo de álcool é o terceiro fator de risco responsável pela maior quantidade de anos de vida perdidos, sendo este fator transversal aos cinco principais problemas de saúde da população, no qual se destaca a doença crónica do fígado e cirrose como o quinto principal

problema de saúde. De destacar também que, o diagnóstico de “ abuso crónico do álcool” constitui o 6º problema de saúde mais vezes registado nos cuidados de saúde primários na região norte, sendo seis vezes superior nos homens.

É na assunção de responsabilidades profissionais e pessoais que enquanto mestrande de Enfermagem Comunitária, também me proponho contribuir para uma intervenção integrada e articulada sobre um dos graves problema de saúde com que nos confrontamos, em termos territoriais, os PLA.

Este trabalho de projeto, procura fazer face a este problema que, em nossa perspetiva, poderá ser mais efetiva em resultado da articulação entre Unidades funcionais do Centro de Saúde (CS), naturalmente marcadas por âmbitos de competências de intervenção de proximidade distintas, mas necessariamente complementares. A intervenção mediada por projeto, baseia-se numa metodologia investigativa para estudar de forma rigorosa, um problema real identificado, e na sequência do mesmo se definirem e implementarem estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução. Esta metodologia, através da pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto, é promotora de uma prática fundamentada e baseada na evidência, dado que ela preconiza uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para posterior aplicação na prática. Estabelece-se assim uma dinâmica entre a teoria e a prática, permitindo compreender melhor a realidade da população que é afetada pelo problema, permitindo uma melhor planificação e uma ação mais direta para transformar e melhorar essa realidade. Esta dinâmica confere ao projeto uma característica investigativa e portanto, produtora de conhecimento. Este trabalho desenvolveu-se na Unidade de Cuidados na Comunidade de Caminha, onde exerço funções em articulação com outras duas unidades funcionais que integram o CS, a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e a Unidade de Saúde Familiar Vale do Âncora (USF). Com a participação e a interação de todos, este projeto constitui assim, um documento estratégico, com um horizonte de aplicação entre 2014-2016, pelo que importa acreditar nesta proposta, a qual acima de tudo pretende marcar de forma substancial as práticas no âmbito desta problemática neste Centro de Saúde. Numa lógica de relação dialética entre a teoria e a prática, este trabalho que visa também responder a uma exigência inerente à obtenção do grau de mestre, encontra-se dividido em duas partes.

A primeira corresponde á dimensão ideológica e praxiológica cuja extensão reflete a vastidão da problemática. A segunda parte diz respeito à dimensão operativa do projeto no qual a sua consubstanciação, assentou numa análise de situação da problemática no nosso concelho, numa análise da previsão dos recursos necessários e por último numa reflexão sobre as ações encetadas até ao momento, contemplando também uma visão de continuidade do projeto.

PARTE I. Construindo um Referencial para a ação

1. A PROBLEMÁTICA DO CONSUMO DE ÁLCOOL

O álcool é atualmente um dos mais importantes determinantes da saúde na União Europeia, sendo deste modo o momento apropriado para aprofundar a discussão sobre medidas de promoção da saúde e de prevenção dos problemas a ele associados.

O consumo excessivo de álcool, representa um elevado impacto para a saúde e gera custos elevados relacionados com os cuidados de saúde, segurança, ordem pública, e consequentemente um impacto negativo sobre o desenvolvimento económico e da sociedade em geral. Portugal, tendo sólidas raízes socioculturais relacionadas com a produção e venda de álcool, com os costumes e tradições transmitidos ao longo das gerações, propicia a consumos inadequados, sobretudo o consumo de risco e nocivo, que não só acarreta consequências individuais, mas estendem-se às famílias e comunidades. Por outro lado a crise económica que o país atravessa na atualidade, constitui também um fator agravante para estes comportamentos.

Perante este cenário, as políticas de prevenção e tratamento dos problemas ligados ao álcool, apresentam-se como benefícios óbvios para os indivíduos e suas famílias, pelo que a produção de conhecimento neste âmbito, afigura-se como uma prioridade transversal na capacitação dos profissionais para melhor responderem às necessidades de intervenção e na implementação de projetos de intervenção eficazes. Para o desenvolvimento deste projeto, foi elaborado todo um referencial teórico-metodológico, que se propôs numa primeira parte fazer uma análise da problemática fundamentada em pesquisa bibliográfica estratégica, e posteriormente o planeamento da intervenção para consubstanciar todo o processo de execução do projeto.

1.1. Políticas públicas e consumo de álcool

A saúde é um direito humano fundamental e um sólido investimento social. Assegurar a satisfação das necessidades, que permitam viver saudavelmente, é um princípio básico de justiça social, pelo que os governos devem investir em políticas públicas saudáveis e na promoção da saúde e do bem-estar, a fim de melhorar o estado de saúde de todos os cidadãos. Os governos desempenham um papel importante na promoção da saúde, mas ela, é também influenciada em grande parte por interesses económicos e corporativos e por organizações não-governamentais e comunitárias.

Desenvolver políticas públicas saudáveis significa validar uma preocupação explícita com a saúde e a equidade em todas as áreas, não esquecendo a responsabilização no que respeita ao impacto delas na saúde dos indivíduos. Através da criação de ambientes favoráveis, estas políticas possibilitam ou favorecem a escolha de opções saudáveis por parte dos cidadãos, ao mesmo tempo que se criam ambientes físicos e sociais mais favoráveis à saúde. Uma das áreas de ação imediata, como prioridade para a concretização de políticas públicas saudáveis é precisamente no consumo de álcool. Reconhece-se hoje, que o álcool contribui para a existência de conflitos sociais e de distúrbios físicos e mentais.

A produção de álcool é uma atividade altamente lucrativa, especialmente para os governos pelo que estes consideram que, as consequências económicas resultantes da sua redução na produção e no consumo, teriam um preço demasiado elevado na economia global.

A Europa possui um papel importante na produção, comércio e consumo de bebidas alcoólicas, pelo que se tem presenciado a um aumento dos custos sociais e económicos dos problemas decorrentes do seu uso, já que o interesse económico privado na produção e comércio afeta desta forma, a abrangência das políticas públicas. Seguindo esta linha de pensamento, faremos uma pequena abordagem ao consumo de álcool na Europa e em Portugal.

1.1.1. O Consumo de álcool na Europa

O álcool tem sido produzido e consumido na Europa há milhares de anos e geralmente essa produção era feita com quaisquer matérias disponíveis localmente. As bebidas alcoólicas eram frequentemente usadas como medicamento, prática que teve continuidade até ao princípio do séc. XX com o advento da medicina moderna. Existiam de facto leis sobre o álcool, mas por razões meramente de ordem pública ou para regular o mercado, não visando a sua contextualização no âmbito da saúde pública. No entanto, este quadro alterou-se, devido a uma série de desenvolvimentos na Europa medieval e moderna, entre eles a industrialização, a melhoria dos sistemas de comunicação e a descoberta das bebidas destiladas. Em simultâneo surgiu um movimento social denominado “Temperança” com origem nos Estados Unidos da América e que se espalhou por grande parte da Europa durante o séc. XIX e início do séc. XX. Este movimento social tinha como objetivo controlar o uso de álcool e estava estruturado nos conceitos morais da época. Este movimento culminou com a proibição do fabrico e do uso de álcool por meio “da Lei Seca” (1919-1932). Na maioria dos países este movimento foi-se desvanecendo, tornando-se pouco importante já no início do séc. XX. Após este período um movimento social contrário levou à revogação desta lei pelo Presidente Frank D. Roosevelt.

O álcool é uma das substâncias de uso e abuso mais antigas de que se tem conhecimento. A utilização das bebidas alcoólicas remonta ao período paleolítico, onde o sumo de fruta, grãos ou mel fermentados seriam fonte de produção de álcool. Os árabes foram os primeiros a produzir álcool destilado, por volta do ano 800, técnica que os europeus aprenderam e que fez com que a destilação do vinho e a maior alcoolização das bebidas se tenha generalizado na Europa a partir de séc. XI. Foi portanto, com a destilação do álcool durante a Idade Média, que se verificou uma maior disponibilidade, mas não um menor custo de bebidas alcoólicas. Até ao ano de 1500 o consumo de bebidas alcoólicas estava fora do alcance da maioria das pessoas, estando o seu uso associado a conceitos de saúde e bem – estar, sendo a designação do álcool até essa data designada de *aqua vitae*.

Até ao Séc. XV o consumo de álcool, não tinha levantado problemas, estando mesmo associado em algumas sociedades a conceitos de saúde e a outros a rituais religiosos, curativos e mágicos. A partir de então registou-se um aumento do consumo de bebidas alcoólicas, e os primeiros episódios de intoxicação por álcool.

Durante o Séc.XVIII surgem as primeiras tentativas de moderar o consumo excessivo de álcool. Em Inglaterra com o Modelo Moral o abuso do álcool era considerado um desrespeito às normas e às regras da convivência social, pelo que o parlamento aprova na altura a repressão da embriaguez considerando-o um comportamento passível de punição. Nos Estados Unidos da América são criadas leis para controlar o número crescente de pessoas embriagadas. São criados impostos sobre o álcool e evidencia-se a preocupação em definir a embriaguez, mas será no final do Séc. XVIII que se desenvolve concretamente as conceções de embriaguez como doença, tendo como referenciam os trabalhos do Dr. Benjamin Rush nos Estados Unidos da América em 1785 e do Dr. Thomas Trotter em Inglaterra em 1804 (Gigliotti e Bessa,2004).

Foi com a Revolução Industrial no Séc. XIX, um período caracterizado por grandes transformações sociais, que o consumo de álcool aumentou. O aumento da sua produção e consequente acesso, as mudanças que entretanto ocorriam, associado aos problemas sociais, entre outros fatores, contribuíram para que houvesse um aumento do número de pessoas a consumirem álcool.

Se até ao momento os problemas associados ao abuso do álcool eram considerados uma questão moral, já que a maioria parecia beber moderadamente, a partir do momento em que a situação se alterou e constatou-se a perigosidade dos efeitos sobre a saúde pública e sobre o tecido social, o consumo desta substância, ou pelo menos o seu abuso deixa de ser visto à luz de um problema meramente moral, passando a ser encarado como um problema de saúde. No entanto, ainda no Séc. XIX encontravam-se alcoólicos internados nos hospitais psiquiátricos considerando-os assim como portadores de doença mental.

Desde então, os conceitos de alcoolismo e alcoólico foram surgindo até que em meados de Séc. XX a Escola de Jellinek, tendo consciência da dimensão multifatorial do problema, começou a associar nos seus estudos outros colaboradores das mais diversas áreas científicas ultrapassando assim, o estrito domínio psiquiátrico a que a doença estava restringida.

Mas é à OMS (1939) que se deve o maior envolvimento nesta problemática. A esta, deve-se o empenho e o desafio lançado ao mundo para delinear estratégias para o controlo deste fenómeno, com várias iniciativas ao nível da definição e evolução de conceitos, assim como das recomendações, estudos epidemiológicos e a avaliação da dimensão do problema.

Entre as numerosas definições que se ficaram a dever destaca-se a que considera o alcoolismo como uma doença e o alcoólico com um doente, fazendo referência às extensas repercussões, para além das respeitantes ao indivíduo.

Em 1967 o conceito de doença do alcoolismo foi incorporado pela OMS na Classificação Internacional de Doenças (CID-8). No entanto foi em 1977, e em resposta ao uso impreciso e variável do termo, que um grupo de investigadores da OMS propôs utilizar a expressão Síndrome de dependência do álcool em alternativa ao termo “alcoolismo”.

Diante do exposto, e pelo facto da comunidade internacional, e em particular a União Europeia (UE), ter chamado a si a abordagem e a necessidade de reunir esforços no sentido de minorar a dimensão deste problema e de desenvolver estratégias, com vista à resolução dos seus aspetos transversais que condicionam o indivíduo e a sociedade, faremos uma breve descrição das políticas públicas que foram desenvolvidas, dos padrões de consumo nas diferentes regiões da Europa e do seu impacte na saúde, bem como da situação atual no nosso país.

1.1.2. Políticas públicas sobre o álcool na Europa

As concepções em torno das políticas públicas são diversas. Para alguns autores a sua definição passa por um conjunto de ações de um governo orientadas para efeitos específicos. Importa aqui salientar o facto das políticas públicas, se repercutirem nas economias e nas sociedades, perspectivando sempre o todo como mais do que a soma das partes e os indivíduos, as instituições, ideologias e interesses como parte ativa das comunidades, independentemente de existir diferenças sobre a importância relativa destes fatores.

A saúde dos cidadãos é uma prioridade fundamental da UE e a sua ação visa complementar as políticas de saúde nacionais, de forma a garantir a todos quantos vivem na UE que tenham acesso a cuidados de saúde com qualidade. Neste sentido a UE tem um papel crucial nas respostas aos desafios e na concretização de objetivos comuns colocados aos países membros, através de economias de escala e da partilha de recursos.

O âmbito da ação da UE no domínio da política de saúde, está definido no artigo 168º do Tratado sobre o seu funcionamento. O princípio fundamental, consiste em assegurar a saúde humana um bem a ser protegida, e que será tida em conta na elaboração de todas as políticas e atividades da UE.

O referido Tratado estabelece claramente, que cabe a cada estado-membro definir as próprias políticas de saúde, organizar e assegurar a prestação dos serviços de saúde. Neste contexto, a UE limita-se fundamentalmente a complementar e a apoiar as ações desenvolvidas a nível nacional, nas quais a coordenação, a cooperação e o intercâmbio de informações, conhecimentos e boas práticas constituem a melhor solução. Assim sendo, e segundo o documento relativo à ação da UE Compreender as Políticas da União Europeia - Melhorar a Saúde dos Cidadãos da União Europeia 2013 foi adotada uma “*estratégia europeia em matéria de saúde baseada em quatro princípios fundamentais*”:

- *Os europeus têm valores comuns no que respeita à saúde;*

- *A saúde é o mais precioso dos bens;*

- *Todas as políticas devem ter em conta a saúde*

-A UE deve fazer ouvir a sua voz em todas as questões que afetam a saúde mundial”
(ibidem,p.5)

Assim sendo, as políticas de saúde relativamente à problemática do consumo de álcool, desenvolvidas pela UE assentam sobretudo na colaboração com as autoridades nacionais, com as empresas e as restantes partes interessadas para resolver o problema do alcoolismo e da comercialização irresponsável de bebidas alcoólicas.

Deste modo, definiu uma estratégia baseada na promoção da educação e a informação dos consumidores. Mas foi através do Fórum sobre Álcool e Saúde criado em 2007, que se perspetivou a mobilização dos diferentes intervenientes da sociedade, nomeadamente os produtores de álcool, os anunciantes e os distribuidores para se comprometerem a tomar medidas de apoio à estratégia da UE. Deste Fórum resultaram 246 compromissos assumidos pelos seus membros. Mas apesar destas ações desenvolvidas, o consumo do álcool continua a ser um problema de grande magnitude na região europeia. A UE, não tem desenvolvido estratégias eficazes na luta contra o problema do consumo de álcool. Prossegue afirmando inclusivamente que a maioria dos países, admitem este facto. As áreas onde as políticas sobre o álcool se tornaram mais evidentes passam pela, educação e a intervenção comunitária, em detrimento das intervenções no âmbito do comércio, nomeadamente no que respeita à política de preços e da publicidade.

Avança, destacando o papel central da Europa no mercado global do álcool consubstanciado pela produção de cerca de um quarto de álcool mundial, e mais de metade da produção mundial de vinho. (Centre for Addiction and Mental Health, 2012).

O seu comércio é mais centralizado na Europa, com 70% de exportações e pouco menos de metade das importações mundiais a envolver a U E, contribuindo com cerca de 9 biliões de euros entre os países da UE, para a balança comercial como um todo. (Relatório para a Comissão Europeia, 2006).

1.1.3. Padrões de consumo

O consumo de álcool na Europa tem uma longa história. Apesar da tendência de homogeneização dos padrões de consumo por toda a Europa, a distinção entre os países da Europa do norte e do sul ainda se aplica. O vinho continua a ser nos países mediterrânicos, a bebida que mais contribui para o total de álcool ingerido, enquanto nos países do norte da Europa é a cerveja. Na Europa Este e Central Este a grande maioria dos países que constituem esta zona, são relativamente recentes na UE, e economicamente mais desfavorecidos. Aqui o consumo de álcool é mais alto em comparação com os restantes países da união Europeia. Tradicionalmente, as bebidas destiladas são as mais consumidas, no entanto a cerveja tem destaque por exemplo na Eslováquia, enquanto na Roménia, Eslovénia, Hungria e Bulgária é o vinho que predomina. A Europa Oeste e Central Oeste é caracterizada por ter um produto interno bruto (PIB) 10 % acima da média europeia. No que respeita ao consumo de álcool, a bebida mais consumida é a cerveja, com a exceção da França. O padrão de consumo tem sido durante décadas similar ao padrão de consumo mediterrâneo, e verifica-se que este é mais alto nos homens. Em comparação com o sul da Europa, existem mais casos relatados de problemas com o álcool. No Sul da Europa, o padrão de consumo é do estilo mediterrânico. O vinho é tradicionalmente produzido e consumido, sendo que o seu consumo é diário, com consumos às refeições. Publicamente a embriaguez não é socialmente aceitável. Este consumo tem sido ao longo do tempo tradicionalmente elevado, exceto no Chipre e Malta (WHO Regional Office for Europe 2012).

O melhor indicador de consumo de álcool na idade adulta (+15 anos) é o consumo *per capita*. Usando este indicador, os cidadãos europeus consomem 12,5 litros de álcool puro por ano, ou 26,9 gr de álcool puro por dia a que corresponde a um consumo diário de mais de duas bebidas *standart* de 12 gr de álcool por dia (WHO Regional Office for Europe 2011). O quadro 1 apresenta uma visão geral das diferenças de consumo de álcool nas diversas regiões da Europa. Como indica, os países do centro leste e leste, o consumo é maior. A pontuação do consumo de risco é um valor composto, que indica o potencial de impacto na saúde e na sociedade.

Quadro 1-Consumo *per capita* nas diferentes Regiões da Europa (2009)

Região da Europa	Consumo <i>per capita</i> de álcool em litros no adulto	Consumo <i>per capita</i> de álcool em litros não registado	Pontuação do consumo de risco
Europa do Centro Leste e Leste	14.5	2.5	2.9
Europa do Centro Oeste e Oeste	12.4	1.0	1.5
Europa do Sul	11.2	2.0	1.1
União Europeia	12.4	1.6	1.9

Fonte: Regional Office for Europe (2012)

Relativamente ao consumo de álcool não registado que corresponde a 13% do total de álcool consumido na UE, é definido como sendo todo o álcool de fabrico caseiro, produzido ilegalmente, ou proveniente de contrabando e portanto comercializado ilegalmente. Neste contexto, constitui uma preocupação acrescida para a saúde pública, já que a sua composição química pode integrar substâncias com riscos mais elevados para a saúde. Apresenta frequentemente maior volume de etanol, bem como maior probabilidade de ser contaminado durante o seu fabrico ilegal, com substâncias suscetíveis de produzir envenenamento. Este problema é mais visível nas bebidas espirituosas, que não sendo registadas, são confeccionados com um teor de etanol mais elevado (> 45% vol.) e vendidos a preços mais baratos (WHO Regional Office for Europe 2012).

Através de recursos a estudos epidemiológicos diversos, podem encontrar-se relações positivas designadamente entre o volume médio e os padrões de consumo e entre estes diversos problemas de saúde associados ao consumo de álcool. De facto com base na percentagem de mortes e DALYS registados em 2010, os padrões de consumo de álcool foram incorporados no documento The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy (2013), como um dos dez principais fatores de risco.

O Centre for Addiction and Mental Health (2012) no seu relatório Alcohol Consumption, Alcohol Dependence and attributable burden of diseases in Europe refere que a nível da UE foi elaborado uma lista de scores que definem os padrões de consumo, através dos quais se podem analisar os indicadores de utilização e que integram:

- Episódios de consumo excessivo, incluindo episódios de intoxicação aguda, *binge drinking*.
- Consumo às refeições
- Consumo em locais públicos

Cada score contribui respetivamente com 64.7%, 23.5% e 11.8% respetivamente do total obtido.

O score do padrão de consumo na UE é de 2.1, o qual indica que os consumos são menos prejudiciais relativamente a outras regiões do mundo. De qualquer forma a UE continua a ter um grave problema de saúde pública relativamente ao consumo de álcool. De facto o seu consumo global manteve-se constante na última década, sugerindo que as ações desenvolvidas, não foram suficientemente eficazes para abordar esta problemática (Centre for Addiction and Mental Health 2012).

1.1.4. O impacto do consumo do álcool

Atualmente o álcool mantém-se como a principal substância utilizada na Europa contribuindo de forma substancial para a carga global de doença e morte prematura. Nos termos do Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries pelo documento Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries (2013) o álcool é a causa de mais de 200 doenças, sendo a principal causa de mais de 30 dessas doenças (WHO Regional Office for Europe 2013).

Segundo o documento Alcohol in the European Union- Consumption, harm and policy approaches a UE “...is the region with the highest alcohol consumption in the world: in 2009, average adult (aged 15+ years) alcohol consumption in the UE was 12.5 litres of pure alcohol”(WHO-Regional Office for Europe, 2012, p.1).

O consumo corrente de álcool na Europa tem-se mantido elevado durante vários anos, comparando com outras zonas do mundo. Em 2004, na União Europeia, as estimativas indicavam que, aproximadamente 95000 homens e mais de 25000 entre os 15-64 anos morreram por causas atribuídas ao álcool, num total de 120000 mortes, correspondendo a 11,8% de todas as mortes neste grupo etário. Isto significa que 1 em cada 7 morte no homem, e 1 em cada 13 mortes na mulher foi causada pelo álcool (WHO Regional Office for Europe 2012).

Outro dado interessante, indica que na Europa em 2004, quatro milhões de anos de Vida saudável perdidos foram atribuídos ao consumo de álcool, correspondendo a 15% de DALYS nos homens e a 4% de DALYS¹ na mulher. Estes valores indicam, que o consumo de álcool tem um impacto substancial na carga global de doença na União Europeia (WHO Regional Office for Europe 2012). Não devemos esquecer que, além do próprio indivíduo, os danos causados estendem-se a outros. Segundo o mesmo documento mais de 7000 mortes e 200000 DALYS foram causados por danos a terceiros relacionados com o álcool.

Na Europa, o álcool é considerado um fator de risco major de morte prematura, sendo que as causas de morte mais importantes atribuídas ao álcool são: o cancro a cirrose do fígado e os acidentes. A mortalidade atribuída ao álcool por estas causas, é mais elevada em alguns países da Europa Central, como é o caso da Hungria e da Roménia. No que respeita a Portugal, os valores atribuídos ao *Standardized Death Rates* (SDR) situam-se entre 30-39,9 por 100000 habitantes, colocando o nosso país em quarto lugar, no que concerne às mortes por cancro, cirrose e acidentes relacionados com o consumo de álcool (WHO Office for Europe 2013).

Analisando agora alguns países relativamente a cada doença, e comparando com o nosso país, verifica-se que, relativamente às mortes por cancro atribuídas ao álcool, continuam a ser os países da Europa Central os que têm maiores valores de SDR por cancro. Portugal situa-se em quarto lugar com um SDR de 10-11,9 por 100000 habitantes (WHO Regional Office for Europe 2013).

¹ Dalys-Disability Adjusted Life Years

No que respeita às mortes por cirrose, continua a ser a Europa Central a que tem os valores mais elevados, situando-se Portugal em quinto lugar, com um valor de SDR de 10-13,9 por 100000 habitantes. No que respeita aos acidentes, verifica-se que a Europa Central continua a destacar-se, no entanto também alguns países bálticos tem valores de SDR elevado. Portugal ocupa o terceiro lugar com um SDR de 10-15,9 por 100000 habitantes (WHO Regional Office for Europe 2013).

1.2. Álcool: Um olhar sobre a sociedade portuguesa na atualidade

De acordo com o relatório Global status report on Alcohol and health 2014 da OMS, Portugal situa-se entre os maiores consumidores de álcool do mundo. O relatório revela que, a nível nacional os homens bebem o dobro das mulheres, e também sofrem mais doenças associadas como é o caso da cirrose hepática. Por outro, um quinto dos portugueses com mais de 15 anos pratica o chamado *binge drinking*, verificando-se este comportamento num terço dos rapazes e num quarto das raparigas entre os 15-19 anos.

Recentemente surgiu uma nova legislação que pretende impedir aos mais novos o consumo de álcool. As novas regras proíbem a venda e o consumo de quaisquer bebidas alcoólicas a menores de 18 anos à exceção do vinho e da cerveja, que podem ser vendidos e consumidos a partir dos 16 anos.

O novo regime de disponibilização, venda e consumo de bebidas alcoólicas em locais públicos, resulta da preocupação crescente, face ao agravamento dos consumos nocivos por parte dos jovens. Neste sentido a lei em vigor (Decreto- Lei nº 50/2013, de 16 de Abril) contempla maior fiscalização por parte das forças de segurança no cumprimento da lei, que estabelece a redução do consumo de álcool considerado nocivo para a saúde, com o aumento da idade mínima para os 18 anos para o acesso e consumo de bebidas espirituosas, a restrição do acesso aos locais de venda pública, com a alteração do regime de disponibilização e venda de todas as bebidas alcoólicas.

1.2.1. Caracterização dos consumos

A OMS (1982), num documento de trabalho preparado para as “Discussões Técnicas sobre o Alcoolismo” que tiveram lugar no âmbito da 35ª Assembleia Mundial de Saúde em Genebra, definiu Problemas Ligados ao Álcool (PLA) ou simplesmente problemas de álcool como:

“ (...) Uma expressão imprecisa mas cada vez mais usada nestes últimos anos para designar as consequências nocivas do consumo de álcool. Estas consequências atingem não só o bebedor, mas também a família e a coletividade em geral. As perturbações causadas podem ser físicas, mentais ou sociais e resultam de episódios agudos, de um consumo excessivo ou inoportuno, ou de um consumo prolongado ”

Segundo esta abordagem o problema é muito mais vasto que o simples conceito de alcoolismo como doença, logo o problema da dependência alcoólica representa apenas uma pequena parte de todos os problemas ligados ao álcool. Assim existem vantagens em utilizar esta designação, dado o vasto e multiforme leque de situações relacionadas com o álcool com a condução rodoviária, criminalidade, a patologia laboral, as perturbações familiares e efeitos sobre a criança (conceção, gestação, aleitamento, desenvolvimento e rendimento escolar). Daqui emerge a importância de analisar as questões relacionadas com os problemas ligados ao álcool numa abordagem interacionista valorizando o contexto social, cultural e económico das pessoas com este problema.

A Europa é atualmente o continente onde existe maior consumo de álcool e Portugal não foge à regra, apresentando um dos maiores consumos *per capita* de álcool. O nosso país surge de forma reiterada entre os maiores consumidores de bebidas alcoólicas e de álcool a nível europeu e mundial. (Balsa, 2011).

Em Portugal o álcool é uma substância legal e comercializada, fazendo parte dos hábitos alimentares de uma larga maioria da população. Além disso, aparece muitas vezes associado como elemento primordial a muitos quadros de relacionamento social, tanto privado como público, de natureza ritual, comemorativa, recreativa, para além de fazer parte do imaginário, dos estilos de vida ou mesmo das identidades de muitos grupos sociais.

De acordo com os dados que constam no Plano Nacional de saúde 2012-2016 relativos ao 4º Inquérito Nacional de Saúde, 40,5 % dos residentes em Portugal Continental, referiu ter tomado pelo menos uma bebida alcoólica na semana anterior à entrevista. Na população masculina, este valor rondou os 54,8%, o dobro observado na população feminina com 27,0%. Ainda de acordo com o mesmo documento, 24,5% dos residentes referiu ter tomado bebidas alcoólicas todos os dias, na semana anterior à entrevista. Este indicador foi mais elevado no sexo masculino com 37,6%, face ao observado para as mulheres 12,3%. Os consumos pontuais de um ou dois dias por semana registou um valor de que rondava os 11% para ambos os sexos.

Os resultados do Inquérito Nacional de Saúde realizado em 1999, em que foi questionada a população dos 15 aos 25 anos sobre o tipo, a quantidade e a frequência de consumo, na semana anterior à entrevista, confirmou claramente a associação entre as variáveis sexo e idade, notando-se que o consumo de cerveja é mais elevado nesta faixa, do que nos outros grupos, em que a bebida preferencial é o vinho. De acordo com o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências (2013-2020) o consumo anual *per capita* de álcool no nosso país, na população adulta (15 anos ou mais) foi em 2009 de 13,43 litros de álcool puro, um pouco superior à média europeia, apesar de a percentagem de abstinentes ao longo da vida ser bastante superior à média europeia quer no sexo masculino (18,6%), quer no sexo feminino (32%). No ano 2012 e segundo o mesmo documento, cerca de 73% da população portuguesa entre os 15-74 anos já tinha tido pelo menos uma experiência de consumo de bebidas alcoólicas ao longo da vida, e cerca de 60% tinha consumido nos últimos doze meses. Relativamente à mesma faixa etária e considerando o mesmo período de tempo, a prevalência do consumo *binge* foi de 7,4% e a embriagues no sentido restrito foi de 5,1%, sendo estas prevalências mais elevadas nas faixas etárias mais jovens, designadamente entre os 15-24 anos com uma percentagem de 13,2% e de 12,8% respetivamente.

No âmbito do consumo nocivo de álcool, no ano de 2012, ocorreram 3.163 episódios de internamento por cirrose e hepatite alcoólica em Portugal continental, entre os quais 218 resultaram em óbito.

Com efeito e segundo os resultados do Instituto Nacional de Estatística, a taxa de mortalidade padronizada por doenças atribuídas ao álcool antes dos 65 anos, em Portugal continental foi de 12,7‰ em 2011, sendo superior no sexo masculino comparativamente ao sexo feminino. De acordo com Direção Geral de Saúde (2012) as doenças atribuídas ao álcool constituem uma das dez principais causas de mortalidade prematura entre os homens em Portugal continental.

No contexto rodoviário, o número de vítimas mortais em acidentes de viação com uma Taxa de Álcool no Sangue (TAS) igual ou superior a 0,5g/l tem vindo a decrescer nos últimos anos, registando-se 193 casos em 2012. Este número de vítimas mortais foi superior na faixa etária dos 35 aos 49 anos com 33 casos registados entre os quais 25 vítimas tinham entre 25-34 anos e 28 vítimas tinham 50 anos ou mais (Instituto de Medicina Legal, in PNRCAD 2013).

A importância, no âmbito da saúde pública, de se determinar o consumo médio de álcool numa população, reside no facto de este se relacionar com a prevalência de consumos excessivos e de problemas ligados ao álcool. Para Dias (2008), a prevalência de consumidores excessivos está associada à média de consumo de álcool, corroborando a teoria de que um aumento no consumo médio de uma população, leva a um aumento da prevalência de consumidores excessivos, particularmente no sexo masculino.

No que respeita a dados relativos à prevalência de vida das perturbações psiquiátricas em Portugal referente ao ano de 2013, evidencia uma lenta repercussão na morbilidade psíquica por consumo continuado, já as repercussões por consumo abusivo e de risco são sobretudo imediatas, com curtas mas potencialmente incisivas e graves repercussões na redução do controlo de impulsos, comportamentos sexuais de risco, gravidezes indesejadas, em particular na adolescência, acidentes de viação e acidentes laborais, compromisso cognitivo e depressão (risco de precipitação suicidária em situações de ideação prévia latente) (Programa Nacional para a Saúde Mental 2013).

1.2.2. Políticas Públicas em Portugal

A nossa experiência, enquanto país do sul da Europa, e que portanto convive há muitos anos com o consumo de álcool, como país produtor de bebidas alcoólicas de grande qualidade, coloca-nos sob uma grande responsabilidade na defesa das pessoas, dos jovens e de outros grupos mais vulneráveis, mas também na defesa do consumo moderado e regrado de bebidas contendo álcool.

Face à preocupação crescente com os problemas ligados ao álcool foi constituída em 1977 a Comissão de Combate ao Alcoolismo (Despacho normativo 176/77 de 30 de Agosto), que tinha como função elaborar um programa de atividades a desenvolver no setor do alcoolismo promover e avaliar a execução de planos, promover a realização de cursos e encontros para a formação e aperfeiçoamento dos técnicos de saúde e a difusão de informação tendente ao esclarecimento da população no âmbito da prevenção do tabagismo. Em 1993 é constituído o Conselho Técnico de Alcoologia e em 1999 é criada a Comissão Interministerial (Resolução do Conselho de Ministros nº 40/99 de 8 de Maio) com o objetivo de analisar e integrar os múltiplos aspetos associados à luta contra o alcoolismo. O objetivo principal seria organizar juntamente com o Ministério da Saúde uma conferência consultiva que permitisse reunir, analisar e debater diversos projetos na luta contra o alcoolismo e intensificar a colaboração internacional, nomeadamente na UE.

O Plano de Ação Contra o Alcoolismo (Resolução do Conselho de Ministros nº166/2000 de 29 de Novembro) surge na sequência do Plano Nacional de Saúde 1998-2002 com objetivos e metas bem definidos, elaborado em consonância com as perspetivas do Conselho Técnico de Alcoologia, com as recomendações do Plano de Ação Europeu sobre o Álcool da OMS (1992-1999 e 2000-2005) e com as perspetivas do grupo de trabalho sobre o álcool integrado na Conferência sobre os Determinantes da Saúde na União Europeia, realizada em Évora no ano 2000, na qual o álcool foi considerado como um dos mais importantes problemas de saúde na Europa. Este documento teve como principal objetivo a redução dos problemas associados ao consumo excessivo de álcool, envolvendo aspetos relacionados com a investigação do fenómeno e do seu consumo numa perspetiva epidemiológica e de promoção da saúde.

O Plano Nacional de Saúde 2004- 2010, vem reforçar a necessidade da definição de um Programa Nacional de Prevenção dos Problemas Ligados ao Álcool em articulação com o Programa de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, numa perspetiva integradora e incluída também nas estratégias de Saúde Pública para o nosso país. Em 2005 e sob proposta da Direção de Serviços de Psiquiatria e saúde Mental e da Direção Geral de Saúde (DGS) foi elaborado o documento Pacote do Álcool que reafirmava em grande parte as medidas sugeridas pelo Plano de Ação contra o Alcoolismo, no sentido da sua aplicação. Várias das propostas do Plano de Ação Contra o Alcoolismo de 2000 e também do Pacote do Álcool 2005 foram atualizadas e incorporadas no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool, no qual o último documento remonta ao triénio 2010-2012. Nele, o objetivo primordial consiste em reduzir de forma significativa o consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde.

Atualmente, com a publicação da nova orgânica do Ministério da Saúde, aprovado pelo Decreto-Lei nº 124/2011, de 29 de Dezembro, o Governo criou o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (SICAD), extinguindo em consequência o Instituto da Droga e Toxicodependência, IP.

Atualmente o nosso país tem um novo Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos aditivos e das Dependências 2013-2020 (PNRCAD) e impõe-se como uma inovação importante no domínio das políticas de saúde, na medida em que esta problemática encerra riscos e custos aos quais é importante fazer face pelas repercussões e impacto que tem na vida dos indivíduos, famílias e da sociedade, pelo que proporciona o quadro político global e as prioridades do Estado Português em matérias de comportamentos aditivos e dependências, onde as questões ligadas ao álcool estão integradas. Trata-se de um Plano interministerial que aborda a temática dos comportamentos aditivos e das dependências numa ótica balanceada entre os domínios da oferta e da procura, facilitando a adequação e a harmonização das intervenções em múltiplos contextos (laboral, rodoviário, e escolar).

2. DO CONSUMO DO ÁLCOOL AOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

A evidência científica tem apontado para a importância de se conhecer o padrão de consumo de álcool, que dependendo da sua forma, eleva o risco de desenvolvimento de problemas de saúde, quer a nível individual, familiar e mesmo social. A definição do padrão de consumo é multidimensional, englobando aspetos relacionados com o contexto, a relevância cultural, à frequência do consumo, à quantidade, ao consumo ou não durante as refeições, e finalmente às características individuais. A definição exata dos diferentes padrões de consumo, possibilita a identificação dos limites reais, isto é, os danos e os benefícios comumente associados ao seu consumo. Todos estes fatores, considerados em conjunto, influenciam as implicações advindas do comportamento de beber, e que serão a seguir abordados.

2.1. O Metabolismo do álcool no organismo

O aparecimento dos problemas ligados ao álcool, exige como é evidente um contato inicial entre o tóxico (o álcool da bebida alcoólica) e o organismo vulnerável, mas são os fatores individuais e do meio envolvente que condicionam o consumo excessivo de álcool, favorecendo assim, a ação patogénica do fator tóxico e a evolução para a dependência ao fim de algum tempo, mas sempre variável de indivíduo para indivíduo. O álcool, é pois o primeiro elemento causal, o agente. Assim sendo, parece-nos importante debruçar-nos em primeiro lugar sobre alguns aspetos acerca deste agente patogénico.

O etanol é uma substância miscível em qualquer proporção com a água, e pelo seu tamanho molecular pequeno atravessa as membranas celulares por simples difusão, sendo endogenamente sintetizado em pequenas proporções insignificantes por fermentação bacteriana no tubo digestivo. O etanol de origem exógena, contido nas bebidas alcoólicas é absorvido no estômago e duodeno e na sua maioria o intestino delgado, e em menor proporção no intestino grosso. A taxa de absorção depende da quantidade ingerida e do tempo que dura a ingestão, sendo maior quando se ingere rapidamente e com o estômago vazio. A absorção do etanol é mais lenta para as bebidas como a cerveja e o vinho, relativamente às bebidas destiladas, e se são ingeridas com alimentos, sendo os que mais influenciam esta absorção os hidratos de carbono, as gorduras e as proteínas.

O etanol retarda o esvaziamento gástrico e sofre a primeira oxidação parcial no estômago, que conta com o sistema enzimático alcooldesidrogenase (A-DH) capaz de oxidar cerca de 20 % do etanol ingerido. A proporção de etanol oxidado no estômago é menor em sujeitos alcoólicos, por diminuição da sua atividade, na mulher e em jejum por hipoatividade desta enzima. Uma vez absorvido, o etanol chega por via portal ao fígado, onde é oxidado em cerca de 90%, graças aos sistemas enzimáticos que este órgão dispõe. A restante quantidade é eliminado pelo pulmão, rim, suor, saliva e secreção lacrimal. O aporte calórico proporcionado pelo etanol é de cerca de 7.1Kcal/gr. Ao ser escasso o seu metabolismo pelos tecidos periféricos e igualmente escassa a sua eliminação, e não existindo possibilidade de depósito só resta a degradação por oxidação hepática, obrigando este órgão a uma sobrecarga funcional, abrindo caminho para a via lesional. A capacidade máxima da oxidação hepática do etanol é de 2 mmol/min, e extra-hepática de somente 0.4mmo/min.

Existem três vias metabólicas fundamentais no fígado para a oxidação do etanol que passo a descrever sucintamente:

- A via do alcooldesidrogenase (A-DH). Constitui a principal via metabólica hepática para a sua oxidação, transformando.

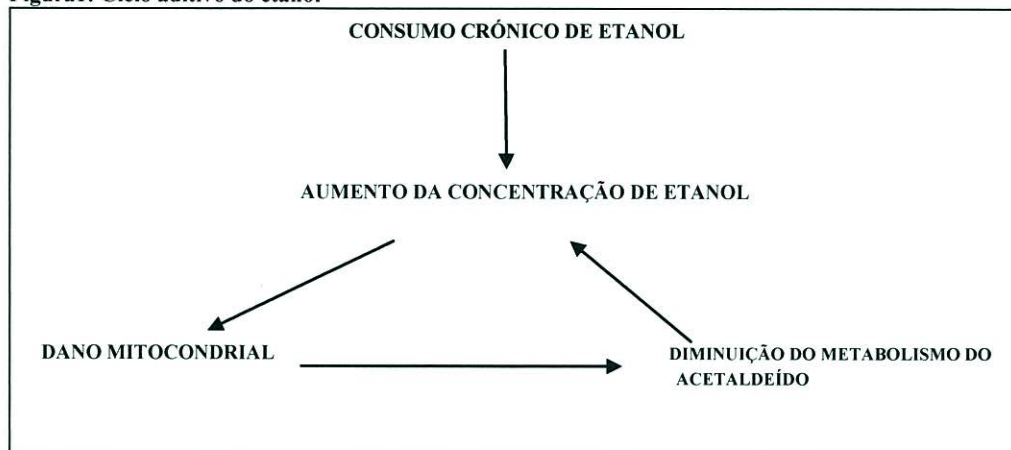
- Sistema Microsomal de Oxidação do etanol. Conhecido com sistema MEOS (Microsomal Ethanol Oxidizing System), participa na oxidação de 10% a 20 % do etanol que chega ao fígado.

- A via Catalase. Sistema oxidativo que se encontra localizado nos peroxissomas.

A consequência da oxidação do etanol através destas três vias resulta na produção de um metabolito em elevada quantidade, o acetaldeído, composto muito reativo, e que é 10 a 30 vezes mais tóxico que o etanol. Este composto é por sua vez metabolizado exclusivamente no sistema mitocondrial, pelo que a sua integridade é fundamental para o seu metabolismo.

As três vias de oxidação do etanol, assim como a via metabólica do acetaldeído podem ver-se alteradas pelo consumo crónico do etanol, sendo que a consequência do desequilíbrio entre a produção e degradação do acetaldeído, é o aumento do seu nível sanguíneo, e nos tecidos, característica fisiopatológica de maior importância pela sua repercussão no alcoolismo crónico, já que é considerado como favorecedor da adição ao álcool.

Figura1: Ciclo aditivo do etanol



Fonte: Schuller (1991)

As bebidas alcoólicas, são bebidas que como o seu nome indica contêm álcool, sendo que a sua concentração varia consoante as características das bebidas. O álcool é um produto resultante da fermentação de açúcares de numerosos produtos de origem vegetal (mel, frutos, tubérculos, cereais), sob a influência de microrganismos, nomeadamente leveduras. De acordo com a sua origem, as bebidas alcoólicas podem ser:

- Bebidas fermentadas, que são obtidas por fermentação alcoólica dos sumos açucarados, pela ação das leveduras.
- Bebidas destiladas, que resultam da destilação do álcool produzido no decurso da fermentação.

São bebidas alcoólicas fermentadas:

- O vinho. Obtido por fermentação do sumo da uva
- A cerveja. Obtida por fermentação de cereais

-A água- pé. Obtida da mistura de água de mosto já espremido

-A cidra. Obtido pela fermentação do sumo da maçã

São bebidas alcoólicas destiladas:

-As aguardentes. Resultam da destilação de vinhos, frutos, sementes, melaço de cana sacarina

-Os aperitivos/licores. São bebidas à base de vinhos, mas com maior graduação que estes, ou de misturas de vinhos com álcool, açúcar e aromas

Como as várias bebidas alcoólicas, habitualmente usadas, tem diferentes graduações, elas podem obviamente aportar ao organismo idênticas quantidades de álcool quando ingeridas em volumes diferentes. Habitualmente os copos mais usados para as diferentes bebidas, tem uma quantidade de álcool idêntica, o que corresponde a uma unidade bebida padrão com cerca de 12 a 16 gr de álcool puro. Este facto permite fazer a quantificação por unidades de bebidas ingeridas, facilitando o cálculo do total de álcool ingerido diariamente ou semanalmente. Em Portugal a correspondência é a aproximadamente à que se apresenta no quadro seguinte:

Quadro 2-Correspondência entre a capacidade do copo e o conteúdo de álcool puro

	Cerveja	Vinho	Aperitivo	Aguardente
Capacidade do copo	3dl	1,65dl	0,5dl	0,5dl
Conteúdo de Álcool puro	12gr	12-13gr	10-12gr	14-16gr

Fonte: DGS 2001

Tendo-se atualmente uma perspetiva mais alargada dos riscos associados ao álcool, o vasto leque tem vindo a engrossar. Assim são várias as dimensões onde o álcool, desempenha um papel devastador com múltiplas repercussões e incapacidades, atingindo diferentes grupos, e estendendo-se aos mais variados campos e setores. A tipologia que engrossa o vasto leque de problemas poderá ser esquematizada em diferentes dimensões.

2.2. Problemas ligados ao álcool.

O consumo excessivo de álcool apresenta efeitos não apenas nos que bebem, mas também nos outros à sua volta, e para a sociedade em geral, sendo que o seu impacto é mais notório nos grupos socioeconómicos mais desfavorecidos, sendo que, 4,6% dos problemas de saúde em famílias que usufruem do Rendimento Social de Inserção (RSI), estão relacionados com o álcool. (Comissão Nacional de Rendimento Mínimo 2002).

2.2.1. Problemas ligados ao álcool no indivíduo

Os problemas de saúde, estão entre as principais consequências relacionadas com o uso do álcool, apontando como causa de mais de sessenta tipos de doenças de desenvolvimento agudo ou crónico. As doenças associadas ao consumo de álcool podem ser agrupadas em três categorias, refletindo a natureza das suas condições e a relação etiológica do consumo de álcool:

- Condições de saúde totalmente atribuíveis ao uso do álcool. Transtornos neuropsiquiátricos, psicoses alcoólicas, abuso e dependência de álcool, condições fetais, cirrose hepática, entre outras.
- Condições crónicas que tem o álcool como fator contribuinte: neoplasia da boca, da orofaringe e mama, aborto espontâneo, entre outras.
- Condições agudas em que o álcool é fator contribuinte: acidentes de viação, quedas, envenenamento, afogamentos, homicídios, suicídios, entre outras.

Os problemas ligados ao álcool, constituem um dos grandes responsáveis por perda de anos de vida com qualidade. Em Portugal, de acordo com o documento Carga Global da Doença na Região Norte de Portugal, na qual apresenta uma análise das quinze principais causas específicas, com maior carga global de doença, as perturbações devidas ao uso do álcool surgem em, sétimo lugar, sendo que 95,6% dos DALYS correspondem a anos de vida perdidos por doença ou incapacidade (YLD). Ainda segundo o mesmo documento, e para a mesma condição clínica surge como a segunda causa com maior carga global de doença no sexo masculino nesta região.

Relativamente aos grandes grupos etários, nomeadamente dos 15-44 anos, novamente as perturbações devidas ao uso do álcool constituem a segunda principal doença com maior carga global (ARSN, IP 2011).

A dimensão e a gravidade dos problemas ligados ao álcool estão associadas aos níveis de consumo (consumo per capita). As repercussões do abuso de álcool são, na verdade imensas em particular na saúde individual. De facto, o abuso do álcool está associado às principais causas de morte, designadamente as doenças cardio e cerebrovasculares, doenças oncológicas, os acidentes os suicídios e a cirrose hepática. As doenças cerebrovasculares na região norte, constituem a primeira causa de anos de vida saudável perdidos, com 7,7% do total de DALY, afetando sobretudo os grupos etários acima dos 44 anos. A doença isquémica do coração é a terceira causa com maior peso na carga global de doença, afetando sobretudo os homens e o grupo etário a partir dos 45 anos (ARSN, IP 2011). Dado o vasto leque de condições clínicas associadas ao consumo de álcool, vão ser abordados algumas patologias que mais frequentemente lhes estão associados.

O fígado, é o órgão fundamental na oxidação do etanol, sendo o que com maior frequência resulta lesionado pelo etanol e pelo seu principal metabolito, o acetaldeído. A hepatopatia alcoólica é uma condição clínica que compreende a esteatose, a hepatite etílica e a cirrose alcoólica, entendendo-se aqui que não são etapas sucessivas e obrigatórias, pelo que a esteatose pode evoluir para a cirrose sem passar pela etapa prévia de hepatite.

A doença hepática alcoólica ou hepatopatia alcoólica é uma doença grave e o seu diagnóstico nem sempre é fácil de realizar. Anteriormente, o conceito de hepatopatia alcoólica fundamentava-se na conjugação do critério epidemiológico abuso crónico e prolongado de etanol, com o critério histopatológico de evidência de esteatose, hepatite ou cirrose, associado a ausência de outras etiologias com capacidade de produzir lesão hepática. De todos estes, o critério histopatológico é primordial para confirmar o diagnóstico. Atualmente o critério histopatológico não basta para confirmar o diagnóstico, já que no caso da esteatose, ela está frequentemente associada à diabetes, à obesidade, a doenças crónicas e genéticas como a colite ulcerosa ou a pancreatite crónica.

No caso da hepatite quer na sua forma aguda ou crónica, torna-se difícil distinguir de outras etiologias e na cirrose igualmente se torna difícil distinguir de outras variedades de cirrose hepática. Para corroborar o diagnóstico de hepatopatia alcoólica é essencial a realização de testes de diagnóstico da função e lesões hepáticas muito precisas e sensíveis.

De qualquer forma, é importante salientar que, o consumo excessivo de álcool em quantidade e tempo, é a causa primordial da hepatopatia alcoólica independentemente do tipo de bebida consumida (vinho, cerveja, ou bebidas destiladas). Epidemiologicamente, está confirmado a relação causal entre o consumo excessivo de álcool, morbilidade da hepatopatia alcoólica e a mortalidade por cirrose hepática. Segundo refere Schuller (1991) o risco de padecer de cirrose alcoólica aumenta com a excessiva quantidade de etanol consumido e a prevalência de alcoolismo na cirrose hepática é elevada e maior entre bebedores intensos.

Nesta patologia o sexo é considerado um fator indiscutível. A mulher é mais suscetível que o homem nas mesmas condições de uso em termos de quantidade e duração do hábito etílico. Inclusivamente em idades mais jovens e com menor quantidade de álcool consumido, as lesões são menos reversíveis, conservando a capacidade evolutiva mesmo após a abstenção. Para Schuller (1991) a prevalência de cirrose alcoólica na mulher é cinco a dez vezes superior que no homem, mesmo com igual quantidade excessiva de álcool ingerida.

A idade é um fator que tem adquirido particular importância, pelo facto de se constatar um início cada vez mais precoce do abuso de álcool, o que pode supor o aparecimento desta patologia em idades muito jovens. A profissão também tem alguma relação com esta patologia, verificando-se que a mortalidade por cirrose hepática é mais frequente em profissões onde há maior disponibilidade de bebidas alcoólicas, como é o caso de indivíduos que fazem comércio e distribuição de bebidas alcoólicas, profissões relacionadas com o mar.

A forma de beber é também um aspeto importante a reter. É mais nocivo o abuso contínuo e prolongado que o abuso intermitente (bebedores de fim de semana, e bebedores sociais). Alguns autores defendem contudo, que a quantidade é fundamental. No entanto para outros, será a continuidade e duração do abuso excessivo.

Possivelmente ambas as situações concorrem de igual modo para esta condição clínica. O sistema cardiovascular é também outro alvo do etanol. Segundo um estudo epidemiológico referido por Schuller a mortalidade é mais elevada em bebedores excessivos por doenças cardiovasculares que em sujeitos não bebedores, diferença segundo o estudo não atribuível a fatores de risco conhecidos. De forma aguda o etanol diminui a contratilidade do miocárdio e causa vasodilatação periférica, com a consequente diminuição da pressão arterial e o aumento compensatório do débito cardíaco. O consumo de etanol em baixas doses tem um efeito protetor no sistema cardiovascular, principalmente pelo aumento nos níveis de lipoproteína de alta densidade (HDL) e diminuição da agregação plaquetária. Mas quando o consumo aumenta começa a predominar o efeito vasoconstritor, tornando-se fator de risco para a hipertensão arterial. O consumo crónico em altas doses, gera deterioração do músculo cardíaco que se manifesta com irregularidades nos batimentos cardíacos e sinais de insuficiência cardíaca conhecida como miocardiopatia alcoólica. Após um episódio de consumo compulsivo, podem ocorrer arritmias ventriculares ou atriais, especialmente taquicardia paroxística, episódio conhecido como *Holiday Heart Syndrome*. Esta condição é observada inclusive em indivíduos sem evidência de doença cardíaca, sendo uma condição transitória na maioria dos alcoólicos que iniciam tratamento. A presença de arritmias, dilatação cardíaca associado à hiperlipidemia e hipertensão arterial, aumentam o risco de acidente vascular cerebral (AVC).

O álcool também está associado a alterações digestivas extra-hepáticas. A mucosa dos lábios, da cavidade oral, língua e faringe é a primeira a entrar em contato com a bebida. Algumas bebidas alcoólicas concentradas, com alta graduação em etanol, tem certo efeito irritativo. No entanto os processos patológicos que alguns indivíduos alcoólicos apresentam na mucosa oral, como é o caso das estomatites, gengivites, língua magenta, atrofia papilar, são em grande medida, devidos a defeitos carenciais, nutricionais e alterações metabólicas. A hipovitaminose do complexo B, especialmente da vitamina B2 e do ácido fólico são frequentes no alcoolismo crónico, e ainda mais se está associado a esta condição a hepatopatia alcoólica. A neoplasia do lábio, língua e da cavidade orofaríngea é mais frequente na população bebedora do que em relação à população em geral não bebedora, sobretudo nos consumidores de licores e que ao mesmo tempo sejam fumadores.

O consumo agudo de etanol produz uma inflamação da mucosa gastrointestinal. A esofagite relacionada com o refluxo do conteúdo gástrico pode causar dor epigástrica. Esta condição é observada em casos de intoxicação alcoólica aguda e no etilismo crônico. A mucosa esofágica está congestionada, erosionada e ulcerada. A ação do etanol produz alterações da motilidade do esfíncter esofágico inferior. Existe uma diminuição da ação da barreira protetora da mucosa, uma diminuição da motilidade distal e reduz a quantidade de saliva que chega ao esófago, ao que se une a polineuropatia etílica, fator determinante do transtorno, já que ocasiona um aumento das contrações peristálticas, com ondas de menor amplitude, prolongando assim, o tempo de contacto do conteúdo do refluxo com a mucosa do esófago. Schuller (1991). A abstenção de bebidas alcoólicas durante um mês normaliza a manometria esofágica. O refluxo gastroesofágico é frequente, e por sua vez é causa do Síndrome de Barrett, embora este possa surgir sem haver refluxo. A Síndrome de Mallory-Weiss ou também designada de dilaceração da mucosa esofágica ao nível da união gastroesofágica como consequência de vômitos e náuseas vigorosos é também uma condição frequente, é uma causa frequente de hemorragia gastrointestinal. N sua gênese intervém a ação irritativa do etanol sobre a mucosa esofágica, a alteração puramente física relacionada com vômito e a alteração da motilidade (Schuller 1991).

A gastrite alcoólica, que pode ser acompanhada por dor abdominal e anorexia, constitui a causa mais frequente de hemorragia em indivíduos com consumo problemático. Caracteriza-se por uma inflamação da mucosa gástrica aguda ou crônica segundo o tipo evolutivo da gastrite. O etanol lesiona diretamente a mucosa gástrica, quando atua em concentrações suficientes e por vários mecanismos fisiopatológicos, entre os quais aumento da secreção ácida, por ruptura da barreira mucosa e inibição da produção de protetores nomeadamente o suco gástrico.

A gastrite aguda alcoólica é caracterizada por dor contínua no epigastro, acompanhado de náuseas e vômitos, distensão ou sensação de plenitude. Nas formas graves, podem surgir vômitos hemáticos reiterados com ou sem a presença de melenas. Schuller (1991). A abstinência de bebidas alcoólicas durante um período de 24 a 48 horas resolve o problema.

A gastrite alcoólica crónica, manifesta-se em forma de reagudizações coincidentes com os episódios de abusos etílicos e caracteriza-se clinicamente por mau sabor na boca, digestão lenta sensação de plenitude, náuseas e vômitos.

O etanol é um depressor do sistema nervoso central (SNC), e o seu uso contínuo desenvolve tolerância e dependência. O mecanismo de ação do etanol no SNC, está relacionado sua com a capacidade de intercalar-se com as membranas, fluidificando-as e alterando a condução elétrica, assim como pela ação direta sobre uma ampla gama de proteínas de membrana e neurorecetores. O etanol age como agonista- dose dependente dos recetores tipo A do ácido gamma-aminobutorico, respondendo pelos seus efeitos sedativos, ansiolíticos, sedativos, anticonvulsivantes, miorrelaxantes e desinibitórios. Atua também com agonista do recetor N- metil D- aspartato do glutamato, atenuando a sua atividade no período de intoxicação, relacionado com os períodos de perda de memória, aumentando a sua atividade durante o período de abstinência, causando delírios e alucinações, como acontece no *Delirium Tremens*. Os transtornos cognitivos presentes após o consumo excessivo de álcool, podem durar semanas ou meses, podem ser reversíveis com a manutenção da abstinência ou tornarem-se permanentes configurando-se uma Síndrome Demencial.

Outros danos produzidos pelo uso crónico e abusivo do álcool, associado á grave deficiência de tiamina, são a neuropatia periférica (dormência bilateral dos membros, formigueliro e parestesias de predomínio distal), a degeneração ou atrofia cerebelar (alterações da marcha, da postura e nistagmo) e as Síndrome de *Wernicke* e *Korsakoff*. Segundo alguns autores e desde o ponto de vista nosológico pode-se falar de encefalopatia *Wernicke-Korsakoff*, em que a encefalopatia de *Wernicke* corresponde à fase aguda e o síndrome de *Korsakoff* corresponde à fase crónica da doença. (Schuller 1991).

As alterações relacionadas com a malnutrição não só se devem à diminuição da ingesta e da dieta desequilibrada, mas também às alterações produzidas nos diferentes órgãos do sistema digestivo conforme foi referido anteriormente. Em indivíduos normalmente alimentados, a ação do etanol é variável, podendo interferir ou não no metabolismo da glicose.

No entanto em algumas situações o abuso do álcool exterioriza ou desencadeia a Diabetes Mellitus, pois o etanol é o combustível preferido das células, em detrimento de outros nutrientes, especialmente das gorduras e dos hidratos de carbono, criando uma resistência à ação da insulina (Schuller 1991). A inibição da oxidação das gorduras consequência da oxidação preferencial do etanol favorece a esteatose hepática.

2.2.2. Problemas ligados ao álcool na família

Em dezembro de 1995, na Conferência sobre Saúde, Sociedade e Álcool, realizada em Paris e promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), foi aprovado e assumido por 49 países a Carta Europeia do Álcool. Nela podemos constatar que todas as pessoas têm direito a uma família, uma comunidade e uma profissão protegida de acidentes, violência e de outras consequências negativas devido ao consumo de álcool.

O consumo abusivo de álcool, constituindo-se como um acontecimento inesperado no desenvolvimento do ciclo vital familiar assume um caráter dramático, que influencia de forma negativa e põe em causa a estabilidade do sistema familiar. A dinâmica de funcionamento da família sofre alterações e pode ocorrer um processo de desestruturação, tornando-a sujeita a muita tensão, dificuldades nas interações, conflitos e até mesmo a violência.

Para Eduards (1999,p.65) *“o alcoolismo está inevitavelmente inserido numa rede de interações familiares. Essas interações envolvem comunicações manifestas e impactos diretos, e processos dinâmicos de grande subtilidade”*. Estudos realizados à organização familiar do indivíduo alcoólico têm indicado que além do enorme impacto negativo do alcoolismo nos cônjuges e nos filhos, ocorre uma reestruturação familiar, com o desenvolvimento de novos papéis, abandonados pelo alcoólico.

Um ambiente familiar pautado pela presença de problemas ligados ao álcool constitui com foi referido atrás uma fonte de stress intensa e constante que envolve prejuízos a nível psicológico, social, cultural e económico, diminuindo a qualidade de vida e a estabilidade biopsicossocial tanto do elemento consumidor, como os restantes elementos da família, nomeadamente o cônjuge e seus filhos e também na interação enquanto sistema. (Miranda, in Amaral 2006).

A investigação orientada para a interação familiar e o impacto dos consumos de álcool nessa interação, revela que há discrepâncias entre as famílias que apresentam esta problemática, dependendo do padrão e do lugar que os consumos ocupam no seio familiar, permitindo uma distinção efetiva nas interações de famílias que apresentam consumos episódicos e as que apresentam consumos excessivos ou dependência. (Erim e Cakmak, in Amaral 2006).

Grandes partes dos trabalhos publicados sobre esta problemática baseiam-se na Teoria dos Sistemas. Segundo esta teoria, as pessoas que compõem a unidade familiar, tem um papel na forma com a família funciona, como cada membro se relaciona e na forma como finalmente o sintoma surge no seio familiar. Visto como um sintoma, o alcoolismo representa uma disfunção no contexto familiar total. Segundo a literatura baseada no referencial sistémico, os estudos realizados, verificaram que o álcool vai-se constituindo como um foco central das relações e interações estabelecidas entre os elementos do sistema familiar, e a sua estabilidade passa a depender diretamente deste fator estruturante. Assim, o desenvolvimento familiar começa a deformar-se, dada a reorganização forçada que a introdução deste elemento na vida familiar provoca.

Desta forma quando o álcool torna-se o foco principal da interação conjugal e constitui-se como fator adaptativo e modelo de funcionamento, prevê-se um pior prognóstico de tratamento dos problemas ligados ao álcool, existindo uma maior probabilidade de atingir as gerações seguintes, na medida em que a família serve de modelo relacional para os seus descendentes.

De facto o enfoque sistémico rompe com o pensamento linear simplista de causa e efeito, que sem dúvida representa um grande obstáculo para a compreensão desta problemática.

2.2.3. Problemas ligados ao álcool no trabalho

A maior parte do tempo útil da vida de um adulto é passada nos locais de trabalho, pelo que a prevenção do consumo de bebidas alcoólicas aliado à promoção da saúde é uma mais-valia em todos os aspetos. Sendo o espaço de trabalho, também um local de aprendizagem e convívio, as entidades empregadoras devem promover campanhas de sensibilização, não só para o benefício próprio, mas também para a melhoria da informação das populações.

O abuso de álcool pode ferir mais pessoas para além das consumidoras, podendo ter consequências negativas para toda a sociedade. O consumo abusivo de bebidas alcoólicas nos locais de trabalho pode, potencialmente diminuir a produtividade. O absentismo por doença associado ao consumo excessivo de álcool e ao alcoolismo implica um custo substancial para os funcionários e para os sistemas de segurança social. Vários estudos tem demonstrado que existe uma correlação entre as pessoas com consumos excessivos e dependência, com as taxas de absentismo por doença mais elevados, que em relação a outros trabalhadores. É de consenso geral, que o impacto do consumo de álcool tem influência nos comportamentos individuais e, em concreto na segurança dos trabalhadores. Tal situação é ainda mais crítica se falarmos de postos de trabalho nos quais as atividades desenvolvidas apresentam elevado risco de sinistralidade.

2.2.4. Problemas ligados ao álcool na comunidade

O modelo de perspetiva social sistémica de Harold Holder, (1998) permite-nos compreender todas as forças que interagem entre si, influenciando o consumo de álcool numa determinada comunidade. Para este autor, o sistema comunitário do álcool divide-se em diversos subsistemas que interagem entre si, e que constituem os agrupamentos naturais de fatores e variáveis que as pesquisas demonstraram ser importantes na compreensão do uso do álcool e dos problemas a ele relacionados. Para planear uma intervenção efetiva é assim importante considerar as interações entre estes subsistemas. O consumo de álcool é o subsistema mais importante; os padrões de consumo mudam com o tempo, e os efeitos nas diferentes idades e sexo são considerados também. Por outro lado a quantidade consumida é influenciada pelo preço, disponibilidade, aceitação social ou normas sociais acerca do consumo, bem como as regulamentações formais do consumo de álcool. Quando estes fatores se alteram, o efeito em cadeia das mudanças determinam um novo valor para o consumo médio, resultando na mudança de padrão de consumo individual e para toda a comunidade. Outro subsistema a ter em conta é a disponibilidade deste produto comercial. A quantidade e o tipo de estabelecimentos licenciados para a venda de álcool em comunidade são afetados pelo tamanho da comunidade, do consumo *per capita*, e de fatores económicos. O controlo e a regulação formal também são considerados um subsistema importante, pelo que este, irá refletir as leis e o controlo governamental do acesso ao álcool.

As normas sociais refletem os valores da comunidade acerca do álcool, influenciando os níveis de consumo através de reforços positivos ou negativos. O primeiro descreve o fenómeno através do qual o aumento no consumo ao longo de tempo está associado com o aumento da aceitação deste consumo. O reforço negativo descreve o fenómeno pelo qual o aumento no consumo resulta no aumento dos problemas e consequentemente na diminuição da aceitação social.

Outro subsistema importante refere-se às consequências económicas e de saúde. O aumento da mortalidade/morbilidade pode estimular a mudança na aceitação social e, consequentemente uma mudança com o objetivo de reduzir o consumo ou comportamentos associados ao consumo de álcool.

A ideia fundamental é a de que o consumo de álcool é influenciado pelos valores e normas de uma sociedade, direta ou indiretamente através da pressão social, por uma regulamentação mais estrita da venda e por uma diminuição da disponibilidade de álcool e consequentemente do seu consumo.

3. DA COMPREENSÃO DOS CONSUMOS À INTERVENÇÃO EM SAÚDE

Ao longo do tempo, diferentes autores desenvolveram vários modelos no que concerne ao entendimento das dimensões do problema do consumo do álcool e de outras substâncias psicoativas. No cenário atual da saúde existem diferentes modelos de análises sustentadas em diversas perspetivas epistemológicas, teóricas e metodológicas, formando uma variedade de propostas. Atendendo que não existe apenas um modelo explicativo para esta problemática, é necessário salientar que estes modelos constituem tentativas teóricas para explicar um fenómeno complexo e multifacetado como é o uso do álcool.

O uso de substâncias nomeadamente o álcool e o comportamento humano, são de facto questões complexas que requerem um enfoque holístico, ou seja um entendimento da causa do uso e a sua aplicação na prestação de cuidados. Estes modelos procuram explicar a origem dos problemas relacionados com o uso de álcool, mas enquanto uns focam o problema numa abordagem em particular, existem outros que evidenciam uma variedade de opções para subsidiar as intervenções nesta problemática. De facto o conhecimento dos vários modelos explicativos pode facultar meios que consubstanciem a atuação do profissional de saúde de acordo com as necessidades dos indivíduos e das diretrizes no âmbito da prestação de cuidados de saúde. Em qualquer tipo de intervenção que pretendemos realizar, é necessário que sigamos um modelo teórico, que por sua vez deve estar baseado num marco concetual, que nos permita compreender essa parte da realidade sobre a qual se elabora a teoria, e assim poder predizer e intervir no problema.

Um dos grandes domínios em que as opções estratégicas de intervenção devem assentar, e portanto onde se deve investir é na redução da procura. O cidadão, deve constitui-se como centro da concetualização das intervenções por etapas do ciclo de vida e de contextos de pertença, sendo que a saúde não se acumula, mas resulta de um histórico de promoção da saúde, prevenção da doença e da adoção de comportamentos saudáveis e de vivências em contextos saudáveis (PNS, 2011-2016). O ciclo de vida constitui-se como um processo de desenvolvimento humano ao nível físico, cognitivo e psicossocial, que vai desde a conceção até à morte, e que acontece por etapas.

É desta forma um processo vitalício, multidimensional e multidirecional, que assenta em processos de maturação e de aprendizagem, e está dependente de fatores individuais, contextuais, sociais e históricos. Desta forma a abordagem por ciclo de vida, alinha-se numa perspetiva dinâmica e biopsicossocial do processo de desenvolvimento humano, que ao permitir direcionar e identificar os períodos críticos, mais adequadamente se implementarão intervenções de acordo com as necessidades/competências dos indivíduos. Neste sentido é essencial que saibamos compreender porque é que determinados grupos são mais vulneráveis ou resilientes a determinados comportamentos.

O contexto social é também um enfoque em termos de níveis de risco e de ciclo de vida, já que este é entendido como um espaço partilhado por indivíduos e que poderá estar associado a determinados comportamentos de risco ou problemas de saúde (PNRCAD, 2013-2020). O contexto familiar tem um papel fundamental no desenvolvimento individual, na medida em que se torna importante no desenvolvimento de capacidades para se lidar com o risco associado ao uso/ abuso de substâncias, pelo que a intervenção nas famílias deve basear-se numa abordagem precoce, nos diferentes subsistemas familiares tendo em conta a fase do ciclo vital da família.

A adolescência é comumente caracterizada como um período de instabilidade e desorganização, e é nesta transição da infância para a vida adulta que muitos indivíduos acabam por desenvolver comportamentos de risco, os quais podem ser prejudiciais para o seu próprio futuro como é o caso do consumo de álcool. Nesta fase do ciclo vital da família, o adolescente afasta-se do subsistema fraternal e parental, sendo dado um grande valor ao grupo de pares, na construção da identidade e da clarificação de valores.

A escola é um espaço onde os adolescentes passam grande parte do seu dia-a dia, acompanhando-os nas primeiras etapas do ciclo de vida. Neste sentido, ela constitui não apenas um contexto de aprendizagens formais, mas também de socialização e de outras aprendizagens, nomeadamente sobre conduta afetiva, social e ética. Pelo exposto, torna-se fundamental aumentar a abrangência e a qualidade das intervenções, o que pressupõe um reforço da componente técnico-científico e metodológico, sendo neste sentido fundamental, priorizar intervenções com carácter de continuidade e baseados na evidência científica.

A problemática do consumo de substâncias tem sido objeto de vários estudos e a sua explicação tem sido descrita por uma diversidade de modelos teóricos. Entre as diferentes concetualizações, algumas tem procurado explicar o porquê de se consumir substâncias, enquanto outras têm analisado a problemática num perspectiva centrada nos processos, e outras ainda, tem procurado abranger a complexidade deste comportamento, considerando uma multiplicidade de fatores relacionados.

Dado que não é possível uma abordagem mais aprofundada sobre este tema, e seguramente não sendo objetivo deste trabalho, a seguir são apresentados de forma sucinta alguns Modelos e Teorias, que se consideram oportunas neste referencial teórico. Assim, dentro das ações a desenvolver neste projeto, constará a elaboração de um *dossier* temático que servirá de guia orientador para as práticas clínicas.

3.1. Teorias e Modelos Integrativos e Compreensivos

Atualmente, para se alcançar uma melhor compreensão e uma maior abrangência deste fenómeno, tem-se optado por integrar múltiplas visões de diferentes teorias, numa perspectiva de abordagem compreensiva e integradora. Por este facto, o Modelo Teórico subjacente neste projeto, perspectiva uma abordagem integradora e compreensiva. Desta forma pretende-se fazer uma breve descrição de diferentes elementos apresentados por diversas perspectivas teóricas, e de forma articulada, na procura da melhor compreensão possível da problemática, nas suas variadas facetas.

Desde logo uma dessas concetualizações é o Modelo dos Estilos de vida e dos Fatores de Risco. Para os seus autores os estilos de vida e os fatores de risco, são elementos de importância central, na medida em que se relacionam com toda a dinâmica pessoal e social do individuo. A substância, não constitui por si só um risco para o consumo, por tal não deve ser o elemento central de análise à problemática (Becoña, 2002).

O estudo dos fatores de risco e de proteção para o consumo de substâncias tem especial interesse, na medida em que, constituem um suporte à planificação e implementação de programas e projetos de intervenção eficazes, baseados na modificação ou potenciação de tais fatores.

Deste modo a sua análise e identificação é fundamental, não só para determinar os objetivos operacionais decorrentes de uma intervenção, mas também para identificar as comunidades, os grupos e os indivíduos, que se encontrem em alto risco em relação ao consumo de substâncias e que necessitam desta forma de intervenção específica.

Os fatores de risco e de proteção, são conceitos que servem de base para o diálogo com os diferentes contextos sociais, como é o caso da família, os pares, a escola, a comunidade e os *media*.

Na área de saúde, risco é um conceito que envolve conhecimento e experiência acumulada sobre o perigo de alguém, ou de uma comunidade ser acometida por doenças ou agravos. Sendo um termo central na epidemiologia, diz respeito a situações reais ou potenciais, que produzem efeitos adversos, e configuram algum tipo de exposição. Um fator de risco constitui,

“ um atributo e/ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que incrementa a possibilidade do uso e /ou abuso drogas (início) ou uma transição no nível de implicação com os mesmos (manutenção) e fator de proteção” um atributo ou característica individual, condição situacional que inibe, reduz ou atenua a probabilidade do uso e/ou abuso de drogas ou a transição no nível de implicação com as mesmas” (Iglésias 2002,p.190).

Para Clayton citado por Iglésias (2002) existem alguns princípios que é necessário ter em conta, quando falamos sobre fatores de risco e fatores de proteção:1) Os fatores de risco, podem estar presentes ou não num determinado caso. Quando um fator de risco está presente, é mais provável que o indivíduo use ou abuso de substâncias;2) a presença de um só fator de risco não é garantia para o início do consumo de substâncias nem a sua ausência garante que o uso se produza;3) O número de fatores de risco presentes está diretamente relacionado com a probabilidade com o uso de substâncias, embora este efeito aditivo possa ser atenuado de acordo com a natureza, conteúdo e número de fatores de risco implicados;4) A maioria dos fatores de risco e de proteção tem múltiplas dimensões, e cada uma delas influencia de forma independente o uso de substâncias;

5) É possível intervir diretamente em alguns fatores de risco, podendo ter como resultado a eliminação ou a redução dos mesmos, diminuindo a probabilidade do uso de substâncias.

De qualquer forma, conseguir diminuir os fatores de risco que foram identificados como influenciadores do consumo de álcool, e à medida que se aumenta no possível os fatores de proteção, estamos claramente a fazer prevenção. A intervenção que consiga abranger um maior número de fatores de risco será mais eficaz, pelo que esta, deve implicar a escola e a comunidade, pois assim é possível intervir num maior leque de fatores de risco. O trabalho desenvolvido por Calafat, centra-se nos diversos elementos que compõem o estilo de vida dos indivíduos, com ênfase aos fatores de risco e de proteção, relativamente ao consumo de substâncias., defendendo que as atividades preventivas devem precisamente incidir nos fatores de risco e nos fatores de proteção.

A teoria da aprendizagem social, atualmente denominada de Teoria Cognitiva Social (1986) foi proposta por Bandura, é uma das teorias mais utilizadas dentro do campo do uso de substâncias. É uma teoria psicológica baseada nos princípios da aprendizagem social, e da aprendizagem através de modelos, que como elemento prático permite explicar e mudar certas condutas. (Bandura in Iglésias 2002)

Para Iglésias (2002) a aplicação desta teoria em programas preventivos está bem consolidada, dado que facilita de uma forma idónea a concetualização do problema do uso de substâncias, tendo em conta os distintos fatores que levam ao início, manutenção e abandono das mesmas.

O consumo do álcool segundo esta teoria estaria determinado por vários fatores: a) antecedentes de indícios ambientais que através do condicionamento clássico, podem licitar a urgência para beber, b) as consequências do comportamento de beber podem atuar como um reforço positivo ou negativo ou como um estímulo aversivo, c) a aprendizagem vicariante ou reforço vicário, em que a própria pessoa serve de modelo de comportamento de beber em relação aos outros, d) aspetos pessoais, tais como, habilidades sociais, ou competências para lidar com conflitos interpessoais, e) processos autorreguladores, f) fatores cognitivos tais como as expectativas apreendidas (Iglésias 2002).

Numa extensa revisão da Teoria da aprendizagem social, aplicada ao consumo de álcool, defende alguns princípios básicos: A aprendizagem de beber álcool, as crenças, atitudes e expectativas juvenis, consolidam-se fundamentalmente através da influência social, ou seja da cultura, da família e dos pares. (ibidem,2002). A Teoria Interacional de Thornberry, que consiste numa abordagem da delinquência aplicável ao consumo de substâncias integra, além de elementos provenientes da Teoria do Controlo social, integra elementos da Teoria da Aprendizagem Social. De acordo com esta interpretação, o comportamento desviante resulta de um debilitado vínculo do indivíduo à sociedade convencional, às suas normas e valores, a par de um contexto social facilitador da aprendizagem dessas condutas e do respetivo reforço.

Entre as abordagens teóricas apresentadas até ao momento, é também importante destacar o Modelo Compreensivo e Sequencial das Fases para o Consumo de drogas na Adolescência proposto por Iglésias (1999). Este modelo integra uma multiplicidade de fatores, sendo possuidor de uma marcada componente integradora, a par de uma forte componente compreensiva, pelo que se torna adequado referi-la neste trabalho. Segundo este modelo, há uma primeira fase de predisposição de natureza diversa, envolvendo aspetos biológicos, socioculturais e psicológicos. A segunda fase estaria relacionada com o conhecimento e o contato com a substância, dependendo de vários aspetos nomeadamente a disponibilidade e a influência externa. Passando à fase da experimentação, o jovem será afetado por múltiplos fatores de risco, podendo ou não transitar para a fase seguinte, a consolidação, num registo de repetição de experiências, considerando as consequências decorrentes de tais consumos. Poderia então ocorrer a transição para um momento em que se instalaria a manutenção, já com uma regularidade de consumos, e num percurso conducente ao desenvolvimento da adição às drogas ou em última instância de abandono das mesmas.

3.2. Da Promoção da Saúde à Prevenção dos PLA

Atualmente a saúde é entendida como uma situação de equilíbrio (ainda que sempre relativo) entre o nível físico, psíquico e sócio- cultural e ecológico, sendo a promoção da saúde uma das chaves deste grande objetivo. A Conferência de Alma-Ata (1978), considera a saúde não uma finalidade em si mesma, mas um recurso que deverá estar ao alcance de todos, para o desenvolvimento progressivo das comunidades, sendo uma perspectiva centrada na comunidade como alvo dos vários contributos individuais. É de fato um conceito positivo que dá ênfase aos recursos sociais e pessoais, bem como às capacidades físicas.

Segundo a Carta de Ottawa (1986) a promoção da saúde constitui um processo que tem por objetivo criar as condições que permitam aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos em que se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam. Deste modo a promoção da saúde passa, na atualidade por abordagens sustentadas na perspectiva salutogénica, que segundo Antonovski (1979) focaliza-se em três aspetos principais: resolução de problemas/encontrar soluções; Identificação de recursos de resistência generalizados; sentido de coerência² que serve de mecanismo ou capacidade global para este processo. Assim, o sentido de coerência entra em linha de conta simultaneamente com vários aspetos da pessoa humana (afetividade, redes formais e informais de apoio social, aspetos cognitivos e informacionais), e que se revela promissor quanto à sua capacidade de orientar o profissional de saúde nos cuidados a prestar. Esta perspectiva, dirige os esforços e as ações a todas as pessoas, seja qual for o ambiente onde se encontrem, objetivando a promoção dos fatores salutogénicos, através do desenvolvimento desse sentido de coerência, que possibilita a facilidade das mesmas, ler a realidade, de encontrar recursos, e de se envolverem na resolução dos problemas. Trata-se de um processo de empoderamento conducente à responsabilização pela sua saúde, das suas famílias e de toda a comunidade.

² A sense of coherence, where life is experienced as comprehensible, manageable, is a great health resource of all people. Health is created if people are confident that life makes sense emotionally, and that they have adequate resources (mental, physical, emotional, social and material) to meet whatever demands are placed on them. As outlined above, this sense of coherence must be built up from infancy and childhood through a range of family, kindergarten and health care experiences. Policies that have an immediate effect on young people, as well as on the settings in which they learn, work, live or spend leisure, should be oriented towards strengthening this sense of coherence (WHO, 1997.p 28)

Neste sentido, realça-se a importância do reforço das competências das pessoas e das comunidades, com vista à melhoria do nível de saúde, potenciando os fatores geradores desta, integrando-os na capacidade de gestão dos fatores de risco, através da resiliência. Nesta linha de pensamento e ação, ” *a promoção da saúde não consiste apenas em evitar fatores de risco mas, fundamentalmente, em potenciar os fatores protetores*” (Miranda, 2010, p.53).

A promoção da saúde passou, assim, a ser definida como um processo e deixou de ser entendida como um conjunto de atividades de prevenção primária, passando a ter a sua atenção em qualquer ponto do *continuum* de disfuncionalidade/ funcionalidade máxima. Por outro lado, enfatiza a necessidade de envolver outros setores da sociedade, pelo que a promoção da saúde não é só sinónimo de educação para a saúde, mas inclui também, a ação política e o desenvolvimento e organização das capacidades e recursos existentes e criar novos, contribuindo para um melhor nível de bem-estar.

A OMS (1998) caracteriza como iniciativas de promoção da saúde, os programas, as políticas e as atividades planeadas e executadas de acordo com os princípios da visão holística, da intersectorialidade, do empoderamento, da participação social, da equidade, das ações multi-estratégicas e da sustentabilidade. Deste modo, e uma vez que todas as ações desenvolvidas são dirigidas aos determinantes da saúde, operacionalizar a promoção da saúde, requer a cooperação entre os diferentes setores envolvidos designadamente as próprias comunidades e a articulação das suas ações.

No Modelo de Promoção da Saúde de Tannahill (Downie et al, 2003), são apresentados três componentes tradicionalmente reconhecidos como traduzindo o âmbito da promoção da saúde e a sua relação entre si: educação para a saúde, prevenção e proteção da saúde. A interseção da educação para a saúde com a prevenção proporciona os fundamentos para dar a conhecer os fatores de risco e os fatores protetores de uma determinada situação; a interseção da educação para a saúde com a proteção da saúde refere-se a ações que visam facilitar o entendimento sobre as medidas legislativas necessárias, face ao contexto global dos problemas e dos valores éticos da própria sociedade. A interseção da prevenção com a proteção da saúde refere-se às medidas legislativas, como fundamento da evidência do nível de risco e/ou no nível do benefício dessas medidas perante uma determinada questão de saúde.

Quanto aos conceitos de prevenção apresenta-se em seguida o que de mais importante se pode dizer sobre o assunto:

- A prevenção primordial tem por objetivo evitar a emergência e o estabelecimento de estilos de vida que aumentem o risco de doença. Ao prevenir os padrões de vida social, económica ou cultural, que se sabe estarem ligados a um elevado risco de doença, promove-se a saúde e o bem-estar, e diminui-se a probabilidade de ocorrência de doença no futuro.

- A prevenção primária, visa potenciar os fatores de proteção, evitar ou remover os fatores de risco, antes que se desenvolva o mecanismo patológico que levará à doença. Recorre a meios dirigidos ao nível individual, a grupos ou à população em geral.

- A prevenção secundária corresponde à deteção precoce de problemas de saúde, com a aplicação de medidas imediatas apropriadas, com vista ao rápido restabelecimento da saúde, ou na redução das consequências mais importantes da doença.

- A prevenção terciária engloba não apenas estratégias para a reabilitação, mas também para a reinserção social do indivíduo. Engloba medidas de tratamento e reabilitação de casos de doença, visando a redução da duração e do grau de incapacidade

- A prevenção quaternária, recentemente introduzida visa genericamente evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico. Para alcançar este objetivo, os alvos de intervenção são os profissionais de saúde, o público e o utente em geral. Os primeiros deverão reforçar o processo de decisão em situações de incerteza, sendo que os ganhos potenciais de qualquer intervenção devem ser ponderados face aos respetivos riscos. Relativamente aos utentes, é importante capacitá-los, enquanto consumidores de cuidados de saúde, quanto às implicações do consumo inapropriado, e sobretudo quanto à aceitação e uso da informação necessária para poderem tomar decisões autónomas.

O American Institute of Medicine (2009), por outro lado, propôs uma nova classificação para a prevenção, com as designações de prevenção universal, seletiva e indicada. As medidas universais são aquelas que estão disponíveis para toda a população, que não é identificada com base num índice de risco individual e que é perspectivada como um benefício comum para toda a população.

As medidas seletivas, são aquelas que se organizam em função dos indivíduos e/ou grupos numa situação de risco superior à média geral, sendo que estes, podem ser identificados em contextos sociais diversificados. As medidas indicadas, dirigem-se a indivíduos com comportamentos de risco, que exibem sinais de uso de substâncias psicoativas ou que apresentem outros comportamentos de risco ou problemáticos de dimensão subclínica.

A partir do exposto podemos concluir que, os CSP ao serem considerados como cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, e universalmente acessíveis aos indivíduos, às famílias e às comunidades, constituem-se como um marco para a Promoção da Saúde, em que para além de ser valorizada a proximidade dos serviços às populações, estas são chamadas a participar, e a sua autonomia é reconhecida como um valor, nos termos preconizados na Declaração de Alma-Ata (1983).

Um dos resultados da Promoção da Saúde deverá ser o aumento dos níveis de literacia em saúde, pelo que o grande objetivo educacional será sobretudo o acesso à informação, conseguir fazer ouvir as ideias individuais, tomar decisões e agir independentemente e construir uma ponte para o futuro, aprendendo a aprender.

O investimento na promoção da saúde e na prevenção dos PLA deve ser iniciado o mais precocemente possível, no ensino básico, ou mesmo na idade pré-escolar, prolongando-se pelas várias fases da vida. A escola é um local privilegiado para o desenvolvimento de ações de prevenção de diversos domínios, como é o caso do consumo de substâncias. Atualmente defende-se a ideia de que as ações e estratégias de prevenção devem realizar-se ao longo de todo o processo de desenvolvimento e aprendizagem do indivíduo, tendo contudo em conta, diferentes objetivos para cada grupo etário.

- Jardins-de- infância -

A prevenção do consumo de substâncias deverá iniciar-se o mais cedo possível. Neste contexto as estratégias preventivas deverão incidir sobre a potenciação dos fatores de proteção, tais como estratégias de *coping* adaptativas, auto-estima e auto-aceitação, apreciação de experiências sensoriais e compreensão, expressão e gestão das emoções.

Estas estratégias deverão também privilegiar o desenvolvimento do processo de socialização, da perceção da experiência sensorial e das necessidades pessoais, da autoestima da autoconfiança, das competências de linguagem e da capacidade de brincar e potenciar a criatividade e o sentido crítico.

- 1º E 2º Ciclo do Ensino Básico -

Geralmente os objetivos dos programas de prevenção no ensino básico organizam-se à volta de conceitos como a auto-estima, pressão de pares, decisões e consequências, vulnerabilidade percebida, identificação e gestão das emoções, assertividade, clarificação de valores, aprendizagem vicariante, consciência do corpo e exploração sensorial, havendo também uma abordagem às substâncias legais e ilegais através da distinção entre factos e crenças, e da atribuição de um papel ativo na construção dos conhecimentos.

- 3º Ciclo do Ensino Básico e Ensino Secundário -

Nesta faixa etária, as alterações ao nível físico, cognitivo e socio-emocional, devido ao processo de maturação, que implica um desenvolvimento da autonomia e da independência. A adolescência, pode também caracterizar-se por um progressivo declínio do impacto da influência dos pais e um aumento da influência da rede de pares e uma perceção de invulnerabilidade face a comportamentos comprometedores da saúde.

As estratégias preventivas para esta faixa etária são fundamentais, e usualmente envolvem componentes de informação e a aquisição de competências sociais e interpessoais. A componente da informação, deverá ser adaptada ao nível cognitivo- desenvolvimental, uma vez que os adolescentes tendem a manifestar uma orientação para o presente. Desta forma revela-se mais vantajoso o foco nas consequências imediatas de determinados comportamentos.

A partir do que foi explanado, podemos concluir que os conhecimentos do ponto de vista do trabalho preventivo relacionado com os problemas ligados aos álcool, devem ser direcionados para intervenções que evitem ou reduzam a probabilidade de o indivíduo usar inadequadamente o álcool, que reduzam o consumo nocivo e a dependência e que mantenham o indivíduo abstinente a longo prazo, promovendo a sua reinserção social.

Por outro lado a promoção da saúde assume uma singular relevância na medida em que através dela, se combinam esforços que promovem a mudança comportamental e a criação de ambientes que incentivem boas práticas de saúde, facilitando desta forma a promoção de estilos de vida saudáveis. Neste contexto este projeto direciona as suas intervenções, abrangendo os quatro níveis de prevenção, a saber: a prevenção primordial, prevenção primária, prevenção secundária e a prevenção terciária.

PARTE II. Consubstanciando um projeto de intervenção integrada

4. ABORDAGEM INTEGRADA DOS PLA

O entendimento sobre o que é a saúde evoluiu desde a primitiva concepção de unicausalidade da saúde e da doença, até à interpretação mais holística na atualidade. Esta definição assume-se como fundamental na medida em que, constituiu o ponto de partida para qualquer reflexão e intervenção sobre esta área.

O reconhecimento sobre o que determina os estados de saúde e doença, constituiu uma ferramenta essencial para os decisores em saúde, especialmente quando se trata de saúde pública. Qualquer intervenção efetuada no plano da saúde, só é verdadeiramente efetiva se agir sobre as causas, ou seja sobre o que ainda é modificável: os determinantes da saúde. Em saúde, e ainda mais do que a generalidade das áreas, é importante que a decisão assente em pressupostos fortes, pelo que é necessário que tudo seja avaliada constantemente. É esta avaliação nas suas mais diversas formas, que permite aos decisores obter informação para melhor gerir recursos, definir estratégias, melhorar resultados e justificar a afetação de recursos. A materialização de projetos, constitui-se como uma ferramenta fundamental para a obtenção de bons resultados em saúde, e nesse sentido influenciar as políticas de saúde locais numa lógica de *bottom-up*.

Este projeto tem como finalidade intervir de forma integrada sobre os problemas ligados ao álcool. Assim obedece no seu todo, à filosofia do modelo de intervenção integrada, tendo por base três aspetos, a saber:

- A centralidade do individuo no processo de cuidados de saúde, em que se atende às suas necessidades, numa perspetiva biopsicossocial, cultural e espiritual envolvendo desde a promoção até à reabilitação;
- A integração de serviços e cuidados de saúde ao longo do tempo, garantindo a condição de saúde das pessoas. Para o efeito, a articulação entre as diferentes unidades funcionais dos CSP e estas e os cuidados hospitalares, afigura-se como um fator inalienável nas intervenções integradas, na medida em que só assim se consegue satisfazer as necessidades do indivíduo/família e comunidade, potenciando os recursos disponíveis e adequando-os às intervenções definidas como necessárias;

-A Intersectorialidade, que reconhece os demais setores sociais em complementaridade com o da saúde, como fundamentais para a promoção da saúde;

Esta proposta de projeto é o resultado de uma reflexão em comum, da observação das condições do ambiente onde se pretende que seja implementado, e de uma abordagem que resume a observação do futuro.

4.1. Análise da Situação: do ideal ao possível

No atual contexto socio- económico e político, evidencia-se uma crescente preocupação com a promoção da saúde e a prevenção da doença. No entanto, ainda se verifica que nas instituições de saúde ainda continuam a prevalecer intervenções aleatórias, que não potenciam os ganhos pretendidos e dissipam os recursos existentes. Neste sentido, torna-se importante reunir esforços para uma utilização eficiente dos recursos, e consequentemente para o aumento de ganhos em saúde. Neste contexto, o planeamento em saúde, constitui-se como uma ferramenta, que permite melhorar o desempenho, aperfeiçoar a produção de cuidados e elevar a eficácia e eficiência dos sistemas, no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Planear é a arte de desenhar um processo de mudança que compreende um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar interagir com a realidade, programar as estratégias e as ações necessárias, e tudo o mais que seja delas decorrente, no sentido de tornar possível alcançar os objetivos e metas desejadas e delas pré-estabelecidas. Este processo depende fundamentalmente do conhecimento pormenorizado da problemática atual, e a definição daquela situação a que se pretende chegar. O plano, constitui-se portanto, no detalhamento do processo de mudança entre a situação atual e a desejada, a partir da análise das nuances da situação atual, da avaliação dos recursos disponíveis, (sejam políticos, económicos ou cognitivos), e da atitude dos profissionais de saúde em relação ao plano que os atores que dominam esses recursos fazem (seja de apoio, oposição ou indiferença). Essa análise deverá viabilizar a definição das ações mais adequadas para atingirmos os objetivos. É nesta linha de pensamento que foi realizada esta análise da situação.

Neste contexto, procedeu-se a uma breve abordagem à situação de saúde no âmbito geral, concretizando-se no passo seguinte uma análise mais detalhada da situação de saúde no distrito de Viana do Castelo.

Todas as dadas e informações obtidas, tiveram subjacente um conjunto de técnicas fundamentais para a construção de um conhecimento mais sistematizado e aprofundado da situação. Utilizou-se um roteiro analítico da matriz SWOT, ferramenta capaz de facultar uma análise específica dos recursos, permitiu compreender os pontos fortes e os pontos fracos, além das ameaças e oportunidades para este projeto. A aplicabilidade desta matriz pode ser verificada mais adiante. Complementa-se a análise ainda com recurso ao Diagrama de Causa e Efeito que constitui uma técnica que agrega inúmeras funções e tem como finalidade ilustrar as causas dos problemas existentes nos processos, oferecendo os meios para distingui-los e consequentemente sustentar uma intervenção mais efetiva. Desta forma pretendeu-se que a análise da organização fosse feita como um todo, servindo para determinar a estratégia compatível com os recursos disponíveis, e quantificar os hiatos existentes entre a disponibilidade atual dos recursos que serviram de base para as revisões da estratégia organizacional.

4.2. Breve sumula das conceções estruturantes da intervenção

As opções teóricas que foram explanadas anteriormente, resultaram de uma escolha consciente, crítica e avaliativa para fundamentar o desenvolvimento do trabalho. No entanto, existem alguns aspetos que serão importantes abordar, na medida em que consubstanciarão também em grande medida, as práticas clínicas na abordagem a esta problemática. Neste sentido, será apresentado o modelo suporte à intervenção no âmbito deste projeto e faremos uma breve exposição das conceções que servirão também de suporte à intervenção, nomeadamente no que diz respeito ao rastreio e às intervenções breves que constituem recursos efetivos para a prática no âmbito dos cuidados de saúde.

As conceções que validam uma determinada intervenção, devem indicar uma posição firme dos desenvolvimentos. Trata-se portanto de definir uma modalidade de intervenção, norteadas pelos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade dos cuidados, pelos princípios internacionais emanados pela Carta de Otava, e pelos princípios básicos em que se estruturam os Cuidados de saúde Primários (CSP).

Estes últimos caracterizam-se sumariamente, por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Sendo os CSP a porta de entrada para o Serviço de Saúde, as intervenções assentam numa combinação de várias abordagens, desde o desenvolvimento de políticas de saúde, passando pela mudança organizacional até ao desenvolvimento comunitário em que o *empowering*, a participação e a sustentabilidade das mudanças, são alguns dos seus princípios básicos.

Toda a prática em saúde seja ela uma ação individual ou coletiva, apresenta um conjunto de concepções, que lhe garante sustentação teórica e epistemológica. Cada modelo sustenta-se em determinadas concepções, que neste caso norteará a abordagem do uso de substâncias psicoativas mais concretamente o álcool, suas implicações e suas possibilidades de intervenção. Embora por vezes, estas concepções não estejam explícitas na prática, elas norteiam o fazer instrumental com base numa determinada racionalidade, ou seja, com base em determinados parâmetros de compreensão relativos aos processos de saúde/doença, normalidade/anormalidade. A síntese destes saberes e práticas, deve constituir, em qualquer serviço de saúde a base clara e intencional para uma compreensão e intervenção nos fenómenos de saúde/ doença.

Um dos desafios que se coloca hoje aos serviços de saúde, é a qualidade dos cuidados. A adoção de estratégias integradas, que visem o desenvolvimento do sistema de saúde e a promoção da qualidade, vem dar resposta a um conjunto de exigências sociais e económicas. Usufruir de cuidados de saúde com qualidade é um direito que assiste aos cidadãos. O Plano Nacional de Saúde (2012-2016) preconiza a qualidade em saúde como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, tendo em conta o melhor nível profissional, os recursos disponíveis com adesão e satisfação progressiva do cidadão. Atualmente, as opções política, a entidade reguladora da profissão de enfermagem e a própria sociedade, exigem cada vez mais, qualidade nos cuidados de enfermagem. A prática reflexiva neste contexto, será uma ótima ferramenta ao serviço da consolidação deste objetivos e destas exigências.

É a chamada racionalidade crítica que baseando-se na prática profissional e nas competências subjacentes a esta para um exercício prático reflexivo dará lugar a uma intervenção sustentada na evidência promotora da mudança e da reconstrução dos saberes ao serviço de todos. É neste contexto que a supervisão clínica, surge como ferramenta estratégica da qualidade em saúde.

Centrada na segurança da qualidade dos serviços de saúde, promove-se desta forma, a reflexão sobre as experiências e consequentemente do espírito crítico, o envolvimento da equipe e a relação com os pares.

É na Supervisão Clínica que se encontra também, um ponto de destaque para a deteção precoce e consequentemente para a resolução de problemas que possam prejudicar o desenvolvimento das ações de enfermagem, podendo ser utilizada como força motivadora de integração e de coordenação dos recursos humanos de uma organização, tornando possível o desenvolvimento de um ambiente organizacional eficiente e eficaz.

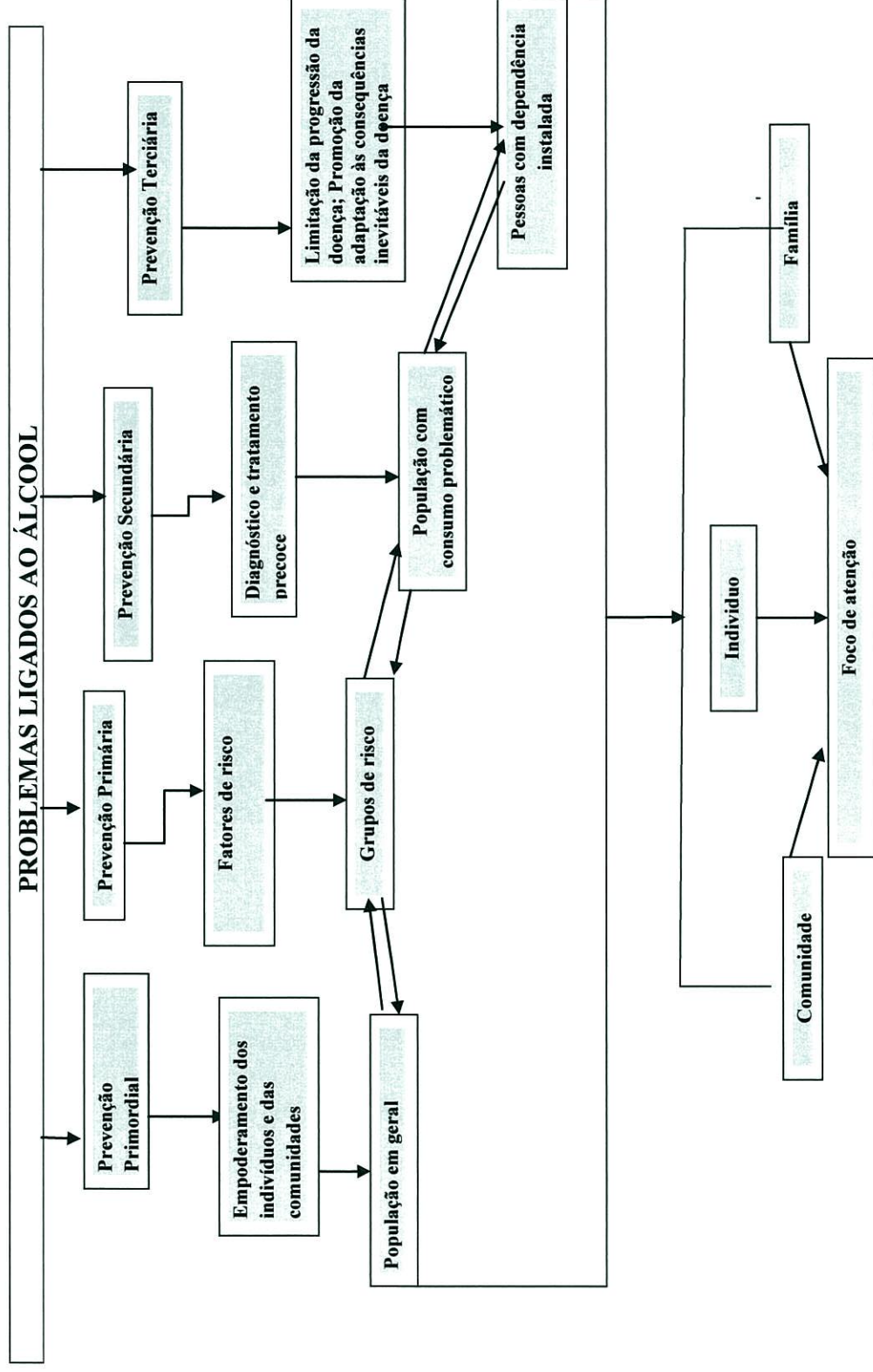
Com a atual reforma dos CSP, a supervisão clínica toma mais sentido na medida em que, o objetivo desta reestruturação é otimizar as competências e as capacidades dos diferentes profissionais, potenciar a autonomia, a responsabilidade a intercooperação e co-responsabilidade de todos os profissionais pela qualidade e adequação das intervenções em saúde, e que sejam executadas em tempo útil e com o menor custo possível.

Tendo em conta o conceito de comunidade, um projeto de intervenção comunitária, pode desenvolver-se em diversas fases. Este projeto encontra-se enquadrado nas políticas de saúde atuais, numa visão de promoção da saúde e prevenção da doença e incapacidades numa perspetiva de qualidade de vida. Sabe-se que as estratégias de saúde dirigidas aos determinantes da saúde são mais custo-efetiva sendo que as utilizadas neste projeto enquadram-se nos eixos estratégicos do Plano Nacional de Saúde 2012-2014.

4.2.1. Modelo de Abordagem de suporte ao projeto

O Modelo proposto de abordagem neste projeto, é um modelo integrativo dos quatro níveis de prevenção em que as ações de promoção da saúde são transversais aos níveis de prevenção. A aplicação das ações preventivas, de acordo com processos adequados de diagnóstico e de intervenção, beneficiarão não só o indivíduo, nas diferentes condições de vida como também os seus familiares, estendendo-se naturalmente à comunidade em geral. De seguida é apresentado de forma esquematizada o modelo preconizado neste projeto.

Figura 2: Proposta do Modelo Integrativo de Abordagem aos PLA



4.2.2. Abordagem do consumo de álcool - Rastreio e Intervenções Breves em contexto dos Cuidados de Saúde Primários

Sabe-se que o consumo de álcool e seus problemas relacionados conformam num contínuo. Reconhece-se uma relação entre consumo e dano, verificando-se uma relação direta e proporcional. Desta forma, deverá existir um contínuo de respostas integradas que se inscrevem desde os CSP até aos serviços mais especializados nesta matéria.

Se se pretende reduzir de forma significativa os Problema Ligados ao Consumo de Álcool, a principal intervenção deve ser feita no sentido de empoderar as pessoas de modo a reduzir a quantidade de efetivos consumos excessivos e no imediato em indivíduos com consumos de risco e nocivo. Tem de facto havido um enfoque nos CSP, na prevenção e abordagem de consumidores de álcool como sendo a pedra basilar neste nível de cuidados. A identificação destes indivíduos e subsequente aplicação de programas de intervenção breve, constitui de facto, uma oportunidade para educar acerca dos riscos do consumo de bebidas alcoólicas.

Contudo, apesar da evidência existente que comprova a eficácia e uma relação custo benefício favorável na deteção e realização de intervenções breves no contexto dos CSP, estas últimas não constituem ainda práticas sistemáticas no atendimento ao utente. Assim os profissionais dos CSP dado que se encontram no primeiro nível de abordagem em termos de saúde, deverão possuir competências aprofundadas que assegurem a identificação precoce dos indivíduos com este problema, a implementação de intervenções breves bem como a referenciação das situações que assim o determinem. Há assim necessidade dos profissionais de saúde avaliarem os hábitos de consumo de álcool.

Os CSP oferecem oportunidades para avaliar esta situação, tendo em conta que a maioria dos portugueses, jovens ou idosos, homens ou mulheres quaisquer que sejam os seus problemas de saúde, recorrem habitualmente ao centro de saúde. Contudo todos os anos cerca de 70% da população visita o centro de saúde, e cerca de 20% dessas pessoas são consumidores excessivos, sendo que na rotina diária, este problema não é diagnosticado (Ribeiro, 2011). Esta realidade evidencia uma área que não pode ser negligenciada neste projeto.

Cada contacto com os utentes, constitui um momento privilegiado, para a elaboração uma história em evolução sendo que cada consulta individual permite o conhecimento de experiências prévias. O valor desta relação personalizada é determinado pelas aptidões de comunicação, revestindo-se também de um forte potencial terapêutico. Nesta perspetiva o conhecimento do próprio utente e dos seus hábitos de consumo e a existência de uma relação terapêutica, são promotores da mudanças de alguns comportamentos relacionados com os hábitos, nomeadamente de bebidas alcoólicas, e mais concretamente se falarmos de contextos de consumo de risco e nocivo, que ainda se situam num contínuo antes que a dependência alcoólica se instale. Por outro lado a garantia da continuidade de cuidados durante a sua vida, permite acompanhar a relação que os utentes estabelecem com o álcool. O ideal seria que os profissionais de saúde, pelas razões já descritas fizessem uma abordagem sistemática desta problemática.

A maioria dos PLA é provocada por consumos que ultrapassam os níveis considerados de risco podendo não ser necessariamente em situações de dependência. Uma das formas de reduzir os níveis de consumo na comunidade e nas populações é, assegurar o rastreio e intervenções breves (RIB) nos CSP, sendo que esta atividade deveria ser garantida por todos os profissionais de saúde. Neste contexto, os utentes deveriam ser rotineiramente questionados relativamente aos seus consumos nomeadamente no momento por exemplo de uma nova inscrição. Deste modo, o conhecimento da quantidade e a frequência dos consumos alcoólicos pode contribuir para o diagnóstico do problema e alertar para a necessidade do aconselhamento destes indivíduos. A implementação de programas RIB, com acompanhamento e empenho adequado, são mais eficazes em pessoas que não apresentem dependência alcoólica.

Numa situação ideal uma verdadeira abordagem preventiva, só pode ser alcançada se forem rastreados todos os utentes adultos, relativamente aos consumos de risco e nocivo, incluindo os padrões de consumo excessivo episódico. No entanto se esta abordagem não for passível de ser praticada, pode-se considerar o rastreio em algumas situações específicas, ou grupos de alto risco. A identificação das situações de consumo de risco e nocivo, funciona melhor, quando são levadas a cabo em condições mais naturais dos cuidados de saúde isto é, quando integrada nas práticas clínicas de rotina do que em sessões de rastreio especificamente desenhadas para o efeito.

Nesta linha de intervenção, a identificação do problema, o *feed back* sobre os consumos, junto do indivíduo, proporcionando estratégias relacionais de *coping*, o aumento da motivação e o desenvolvimento de um plano pessoal de redução de consumos, será possível contribuir para um controlo dos danos associados. A relação profissional/ utente é de uma importância extrema devendo constituir-se por um sistema interpessoal que, segundo a Teoria do Alcance de Metas de Imogenes King define-se como um processo de interação humana entre ambos, em que cada um percebe o outro na situação em concreto, e através de uma comunicação identificam os problemas, fixam objetivos, exploram os meios, e acordam as metas a serem alcançadas. Neste contexto os profissionais de saúde têm a responsabilidade de partilhar informação que ajude os indivíduos a tomar decisões informadas sobre os seus cuidados de saúde. O cuidado deve pois ser entendido, pela relação estabelecida, de modo a procurem as melhores estratégias para promover a saúde, bem como para enfrentar as situações de doença. Na realidade, para controlar e prevenir as condições potenciadoras dos processos de doença, é necessário que as pessoas estejam informadas sobre estes agravos, motivadas para a mudança de comportamentos e a manutenção de estilos de vida saudáveis e preparados para auto gerir a sua de saúde.

4.2.3. A deteção de casos de consumo abusivo de álcool

Quando nos referimos á deteção do consumo de álcool pelos profissionais de saúde, subentendemos a definição de uma impressão diagnóstica, ou pré- diagnóstico, que desencadeia o processo de diagnóstico diferencial infirmatório ou confirmatório da condição. A deteção de consumo de álcool através de um instrumento de avaliação aplicado especificamente para o efeito, permite que haja um incremento do reconhecimento do consumo excessivo de álcool, potenciando uma intervenção clínica adequada, promotora de ganhos em saúde.

A deteção do consumo de risco e nocivo pode ser realizado através da utilização de instrumentos que podem ser auto administrados, ou cujas questões podem ser colocadas pelo profissional de saúde. Não constituindo um instrumento de diagnóstico, estes questionários são dirigidos a pessoas que, potencialmente poderão ter o problema. Esta identificação torna-se essencial, na medida em que quanto mais cedo forem sujeitos a intervenções breves, melhor poderão ser os resultados.

A Organização Mundial de Saúde, criou em 1989, um instrumento com este objetivo designado de AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), tendo sido validado em alguns países nomeadamente em Portugal. Este questionário foi construído de forma a ser adequado aos CSP, permitindo detetar variados níveis de consumo, desde o consumo de risco, consumo nocivo e ainda a dependência, de uma forma rápida e simplificada. Este questionário pode ser aplicado numa entrevista ou através de auto preenchimento, sendo que este último consome menos tempo e pode produzir respostas mais precisas. Uma boa prática que se recomenda, é a utilização deste instrumento, não só na identificação dos consumos de risco e nocivo, mas também em outras situações, tais como durante o registo de um novo utente, numa intervenção de rotina, antes da prescrição de um medicamento que interaja com o álcool, ou em resposta a problemas clínicos e sociais que possam estar relacionados com o consumo de álcool.

4.2.4. O rastreio e as intervenções breves em CSP

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.

A estruturação da intervenção dependerá da pontuação do AUDIT e portanto da gravidade do problema, mas também das comorbilidades e da motivação do utente para alterar o seu comportamento relativamente ao álcool. Tendo sempre presente que a mudança de comportamento constitui um processo complexo mas necessário urge entendê-lo, nomeadamente por antecipação. De acordo com Prochaska & Diclemente (1992) o ciclo de mudança é um processo com várias etapas e que são identificadas como: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. A motivação para mudar vai crescendo gradualmente à medida que ocorre a progressão no ciclo de mudança, pelo que a utilização da técnica da entrevista motivacional pode ser benéfica, já que a abordagem é centrada no utente deixando-o conduzir todo o processo, ajudando-o quer na tomada de consciência do problema quer das estratégias e recursos que estão ao seu alcance para a resolução do problema. Assim sendo, a intervenção deverá adequar-se às características de cada etapa. As intervenções breves baseadas na entrevista motivacional em geral têm a duração média de 5 a 10 minutos e podem decorrer em 3 ou 4 sessões.

Nas estimativas da Organização Mundial de Saúde, dos custos e dos impactos de diferentes medidas políticas na prevenção da doença e morte prematuras mensuráveis através do DALY, resultante do consumo de risco e nocivo de álcool, as intervenções breves foram definidas como aconselhamento providenciado nos CSP envolvendo um pequeno número de sessões de educação e apoio psicossocial com uma eficácia estimada correspondente a uma redução de 25% no consumo entre consumidores de risco.

Para Anderson et al (2005), a aplicação das intervenções breves visando os consumos de álcool de risco e nocivo traduziu-se numa poupança anual de 1960 euros, resultante da prevenção obtida nas situações de doença e morte prematura, significando que as intervenções breves ao nível dos cuidados de saúde primários, constituem, uma das formas mais económicas, que se traduzem em ganhos em saúde.

“(...)ao se considerar a possibilidade de se iniciar uma nova área de intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários, as intervenções breves visando os utentes com consumos alcoólicos de risco e nocivo posicionam-se com as que apresentam maiores ganhos em saúde para a população, sendo superior à aplicação de dez minutos de desempenho de uma qualquer outra atividade.” (Anderson et al, 2005, p. 10).

Ainda de acordo com o mesmo autor, uma cobertura de cerca de 25% seria responsável pela redução de 91 anos de doença e morte prematura por cada 100.0000 habitantes, ou seja 9% de todas as doenças e mortes prematuras atribuídas ao álcool na UE.

4.2.5. A Educação para a Saúde e a Saúde Escolar

A saúde escolar, tem vindo a ganhar expressão ao longo dos anos, à medida que vai procurando adequar-se às realidades da escola e da saúde dos portugueses. Os CSP, estrutura principal de um modelo holístico de saúde, são responsáveis entre outros pela sua implementação e dinamização nas escolas nacionais. Deste modo, as equipas multidisciplinares de saúde escolar devem promover a saúde e prevenir a doença, levando a cabo projetos e ações que visem a educação para a saúde, com o objetivo de promover a modificação comportamental direcionada para melhorar a saúde individual e comunitária.

Aceita-se hoje que o campo de ação da Educação Para a Saúde (EPS) é toda a comunidade. A implementação da EPS nas escolas é especialmente defendida pelos seguintes motivos:

- Na medida em que todas as crianças passarem pelo sistema de ensino, e os programas de EPS têm um potencial de abrangência considerável
- Os resultados de numerosas investigações, mostram claramente que as raízes do nosso comportamento se situam na infância e adolescência
- Trata-se de uma fase de formação física, mental e social por excelência que ainda não tiveram, muitas vezes de, que ainda não tiveram muitas vezes oportunidade de adquirir hábitos insanos, e que são muito mais receptivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos e constitui um contexto em que pode ser rentabilizado o contributo dos enfermeiros, na medida em que a sua atividade está relacionada com o apoio e contacto com as pessoas e comunidades, bem como a sua experiência educativa, inerente à arte de cuidar, encontrando-se bem posicionado para garantir a eficácia da EPS, sendo que muitas atividades de saúde escolar são desenvolvidas por enfermeiros de CSP.

Entende-se a Saúde Escolar como “(...)um projeto interdisciplinar de grande abrangência e primordial importância, que prepara o indivíduo, em particular e a comunidade em geral, para um papel proativo na construção do seu projeto de vida, com vista à excelência do seu bem estar e do meio em que vive e com reflexos evidentes na promoção da saúde e na prevenção da doença. Esta forma de estar em saúde implica consciencialização, responsabilização, solidariedade e valores, ou seja, o desenvolvimento de todas as capacidades físicas e sociais do indivíduo” (Rocha et al, 2011,p.98).

As estratégias do Programa Nacional de Saúde Escolar têm como objetivo geral a potencialização da saúde das crianças e dos jovens, e consequentemente de toda a comunidade. As atividades propostas assentam na vigilância e proteção da saúde e na aquisição e desenvolvimento de conhecimentos, capacidades e competências promotoras de saúde.

Na escola, intervenções efetivas passam pela implementação de projetos holísticos de promoção do bem-estar, assentes no desenvolvimento de competências individuais, sociais

e emocionais, que facilitem as relações interpessoais e capacitem a comunidade educativa para a gestão da saúde.

A resposta a este desafio requer estratégias de capacitação dos indivíduos, desenvolvidas ao longo de ciclo de vida, que priorizem os determinantes das doenças crónicas designadamente o consumo de álcool. A comunidade escolar é de facto um alvo prioritário de intervenção deste projeto, já que segundo o Relatório do Estudo Health Behavior School-aged Children - “A saúde dos adolescentes portugueses” (2010), nos alunos do 8º e 10º ano de escolaridade, o consumo de bebidas destiladas é superior ao da cerveja e do vinho, tendência que cresce com o ano de escolaridade frequentado. Daqui resulta claro que o risco existe sobretudo para o abuso do consumo de bebidas espirituosas. Por outro lado, o novo diploma sobre o álcool estabelece a diferenciação entre bebidas espirituosas e não espirituosas, justificado com a diferença do teor de álcool. Tal constitui um fator de risco agravado dentro do padrão de consumo “*binge drinking*”, característico dos adolescentes e jovens. Daqui resulta a necessidade de se implementar ações no sentido de promover comunidades escolares resilientes e promotoras de saúde.

A Rede Europeia de Escolas Promotoras da Saúde, assente nos princípios baseados na Carta de Ottawa (1989), e onde Portugal se integra desde 1994, entende a escola como um contexto no qual toda a comunidade educativa deve erguer esforços, no sentido de proporcionar aos alunos experiências e estruturas promotoras e protetoras da saúde (WHO,1996).

A capacitação da comunidade educativa, sendo um dos eixos estruturais do Programa Nacional de Saúde Escolar, é um fator de proteção que a par de outros, reforçam a ação em prol do desenvolvimento comunitário. Capacitar é muito mais do que ter informação de saúde e compreendê-la. É estar habilitado a usá-la e sentir-se competente para tomar decisões. A capacitação da comunidade caracteriza-se pelo aumento das competências dos seus grupos para definir, avaliar, analisar e agir sobre as necessidades em educação, saúde e outros (Programa Nacional de Saúde Escolar 2014-Documento em discussão pública). A Saúde Escolar, pelo potencial que tem para responder aos desafios que se colocam à saúde da comunidade educativa, é cada vez mais considerada como uma alavanca para a melhoria do nível de literacia em saúde dos jovens, facilitando deste modo a tomada decisões responsáveis, e a promoção de ganhos em saúde.

Neste contexto, o Programa Nacional de Saúde Escolar-2014, alinhado com o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, promove no ciclo de vida escolar intervenções comprovadamente efetivas que contribuem para ganhos em saúde, e ao trabalhar com toda a população escolar, para a redução das desigualdades.

No âmbito do mesmo documento coloca-se a ênfase na promoção dos principais determinantes da saúde deste público e do desenvolvimento de competências.

A intervenção neste domínio e neste contexto, adquire ainda maior relevância na medida em que as doenças não transmissíveis, tiveram um grande aumento a partir dos cinco anos de idade contribuindo para 80% do total de DALY no peso dos determinantes da saúde, notando-se que as perturbações mentais e comportamentais ocupam 48% do total DALY, em que o consumo de álcool, contribuiu com 0.4% de DALY no grupo etário dos 5-14 anos, 2.5% DALY no grupo etário dos 15-19 anos (ibidem).

No âmbito do PNSE a melhoria do comportamento em saúde visa sobretudo intervir sobre os seus principais determinantes e reduzir os fatores de risco relacionados com as doenças transmissíveis e não transmissíveis, sendo uma das áreas prioritárias de intervenção a *prevenção do consumo do tabaco, álcool e outras substâncias psicoativas* (Programa Nacional de Saúde escolar/ 2014-Documento em discussão pública, p. 14). A promoção das competências sociais e emocionais é um aspeto a ter em conta nas atividades de educação para a saúde, pois é através destas que as crianças e adolescentes adquirem os conhecimentos, as atitudes e as capacidades para uma tomada de decisão responsável, no que concerne ao seu projeto de vida.

4.3.Caracterização sumária da intervenção sobre os PLA no distrito de Viana do Castelo

Analisando o Modelo Português que foi criado e implementado no âmbito da redução do consumo de substância psicoativas, constata-se que ele se alinha com uma visão global e integrada do fenómeno, tendo sido operacionalizado através de ações direcionadas para a prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos, minimização de danos e reinserção,

que no seu todo são capazes de enfrentar de forma eficaz os desafios que esta problemática encerra.

A intervenção sobre os PLA no distrito de Viana do Castelo, tem-se desenvolvido com base numa parceria com a Unidade de Intervenção Local designada de Centro de Respostas Integradas (CRI), estruturas locais territorialmente definidos e dispo de equipas técnicas especializadas em comportamentos aditivos e dependências e as diferentes Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). Estas parcerias têm sido desenvolvidas com base numa rede de referenciação sediada nas UCC de cada Centro de Saúde, sendo que o objetivo principal preconizado direciona-se para a minimização de risco/ minimização de danos, tratamento e inclusão social, em situações de consumo problemático. De forma pragmática podemos dizer que o enfoque é colocado quase exclusivamente no âmbito da prevenção terciária. Desta forma têm sido organizadas ao nível local de cada UCC, equipas, designadas de equipas fixas, cuja constituição assenta numa perspetiva multiprofissional, na qual fazem parte enfermeiros da UCC, e assistentes sociais oriundos de várias entidades da Rede Social de Caminha, nomeadamente do Rendimento Social de Inserção, da Segurança Social e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens e de elementos do CRI. Estas equipas têm como principal objetivo, proceder à referenciação em cada contexto de trabalho, dos indivíduos com PLA para o atendimento especializado, onde se preconiza uma intervenção em termos de tratamento e reinserção social. No que respeita à intervenção no âmbito da minimização de danos, estão alocados profissionais que asseguram ações de saúde com o objetivo de diminuir o impacto dos problemas socioeconómicos e dos agravos à saúde relacionados com o consumo de álcool. Esta equipa atua no terreno, deslocando-se através de uma unidade móvel, tendo como população alvo, todas aquelas situações em que o tratamento e a reinserção social não foram possíveis de alcançar.

Atualmente, estão a funcionar no terreno três equipas sediadas nas UCC de Ponte da Barca, Vila Nova de Cerveira, estando em processo de implementação as equipas de Paredes de Coura, Ponte de Lima e de Caminha. As reuniões iniciais que se realizaram obviamente com a equipe do CRI, responsável pela sua implementação, apontava para que se seguisse a mesma metodologia. No entanto com o decorrer do processo marcado, por vários momentos de discussão e análise sobre as diferentes perspetiva teórico-metodológicas,

optou-se por uma intervenção mais abrangente e integradora na medida em que a resposta a esta problemática exige por um lado a concretização de mudanças organizacionais, a criação de ambientes saudáveis a partir da mudança de estilos de vida, a concretização de ações comunitárias e o desenvolvimento das habilidades pessoais e sociais. Deste modo, no que respeita ao processo de implementação na UCC de Caminha, o modelo preconizado para a intervenção nos PLA, não se limitará somente à implementação desta equipa. Isto por uma razão fundamental: a abordagem à problemática dos PLA, não deve ser somente numa dinâmica de prevenção terciária, mas numa abordagem mais integrada e sistémica, envolvendo intervenções ao nível da prevenção primordial primária e secundária, como aliás é preconizado no modelo de intervenção defendido neste projeto.

4.4.Contextualização dos PLA no Centro de Saúde de Caminha

O diagnóstico de situação de saúde de uma população, constitui um instrumento fundamental para fazer a caracterização socioeconómica política e cultural, de uma comunidade e permitir a implementação de programas e projetos adequados. Deste modo o planeamento em saúde constitui-se como um processo que permite a identificação de problemas de saúde a partir de um diagnóstico de situação. Procura em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações. O diagnóstico da situação de saúde é pois, uma das fases do planeamento em saúde, que não sendo uma atividade isolada, constitui-se como um elemento de um processo contínuo, dinâmico e interativo e que deve ser utilizado em pontos definidos no tempo ou sempre que as circunstâncias o determinem. Com este diagnóstico da situação de saúde, pretendeu-se descrever os passos que foram seguidos durante a elaboração da primeira fase do projeto, nomeadamente no que concerne à caracterização da população-alvo e da identificação dos principais problemas que afetam essa população. Dado que este projeto foi desenvolvido no âmbito dos PLA todo o diagnóstico da situação foi mais aprimorado no âmbito dos problemas de saúde que estão comprovadamente relacionados com o uso abusivo do álcool. Para a realização deste diagnóstico da situação, recorreu-se a diversas fontes, como adiante veremos.

- Aspetos sociodemográficos -

A área geográfica da responsabilidade da Unidade Local de Saúde do Alto Minho (ULSAM.E.P.E) corresponde ao distrito de Viana do Castelo, com uma área de 2.255Km². Em 2013 este integrava 10 concelhos e 281 freguesias. Atualmente com a introdução da Lei nº 11-A/ 2013 passou a passar a integrar 198 freguesias. Viana do Castelo é um distrito onde a agricultura é ainda uma prática comum, caracterizando-se pela policultura e pelo extremo fracionamento da propriedade, no entanto verifica-se que na distribuição da população empregada por setor de atividade económica o setor terciário ocupa 61.3% da população. (Diagnóstico Social- Rede Social de Caminha, 2013)

Em Portugal, o crescimento natural da população manteve-se positivo até ao ano de 2007. No distrito de Viana do Castelo, o crescimento natural da população é desde 1989 negativo, isto pelo facto da taxa de mortalidade geral apresentar desde então e consistentemente, valores superiores aos da taxa de natalidade. Segundo o documento Diagnóstico da Situação de Saúde do distrito de Viana do Castelo no ano de 2010 a taxa bruta de mortalidade situou-se nos 12 ‰ enquanto a taxa bruta de natalidade rondou os 7.5‰. Além disso este território também se caracteriza por uma baixa densidade populacional (100Hab/Km²). No que concerne ao perfil demográfico a população do distrito de Viana do Castelo é de 244. 836 Habitantes, existindo 89.595 famílias clássicas, destes 31% são constituídas por três elementos e 235 por dois elementos. Seguem-se as pessoas a viver sós 19%. As famílias com quatro elementos são 18% e com cinco elementos apenas 9%, segundo os dados disponibilizados pelos censos 2011. No que respeita aos índices demográficos o Índice de Envelhecimento em 2011 era de 174.2%: Este valor é revelador da evolução demográfica recente. Em duas décadas, no distrito, o número de idosos por cada 100 jovens passou de 85 em 1991 para 174.8, valor registado em 2011. O Índice de Dependência dos jovens atingiu o valor de 20.9% em 2011 e o Índice de Dependência dos Idosos foi também em 2011 de 36.4% (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

No que respeita aos indicadores de suporte social e de acordo com o documento Plano Local de Saúde- Alto Minho (2012) e mais concretamente ao rendimento social de inserção, em 2011 a proporção da população beneficiária desta prestação situou-se nos 2.2%, valor que tem vindo a decrescer, tendo-se situado sempre abaixo dos valores

atribuídos à Região Norte. No que se refere aos indicadores de criminalidade, de acordo com o mesmo documento, e no concerne particularmente à taxa de condução com alcoolémia superior a 1.2/1000habitantes, foi em 2010 de 1.5/1000habitantes, valor que tem vindo a decrescer desde 2004.

- Evolução da morbi-mortalidade -

Em 2008, de acordo Plano Local de Saúde- Alto Minho (2012), os grandes grupos de causas de internamento hospitalar, incluíram as doenças do aparelho circulatório e digestivo. No que se refere à taxa de internamento padronizada para algumas causas específicas e para todas as idades, destacam-se, com valores significativamente superiores à Região Norte as doenças cerebrovasculares, a doença crónica do fígado e cirrose e o tumor maligno do estômago. No que respeita às mortes por causas específicas, as doenças cerebrovasculares (87.35% no sexo feminino e 98.22% no sexo masculino), a doença isquémica do coração (23.46%no sexo feminino, 49.17% no sexo masculino), e a doença crónica do fígado e cirrose (10.60% no sexo feminino e 23.58% no sexo masculino), foram responsáveis pela maior taxa de mortalidade no Alto Minho, no triénio 2008-2010, na população geral. No que respeita à mesma causa, em 2008-2010 ocupou o terceiro lugar nas causas de morte específica no sexo feminino com uma taxa de mortalidade de 10.21%. Outra causa de morte específica, é o tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe, no sexo masculino em todas as idades com uma diferença estatisticamente significativa em relação à Região Norte apresentando um valor de 12.44% durante o período de 2008-2010. Outro dado interessante que consta no mesmo documento é o facto de que, a taxa de mortalidade padronizada por causa de morte específica para toda a população abaixo dos 75 anos a doença crónica do fígado e cirrose, foram as doenças que piores valores apresentaram (15.76 %). Por outro lado na população masculina abaixo dos 75 anos o tumor maligno do lábio, cavidade oral e faringe, apresentaram também os piores valores. No que respeita à prevalência da doença crónica registada no CSP no distrito de Viana do Castelo durante o ano de 2012, foi constatado que esta se concentra maioritariamente na área diagnóstica do sistema endócrino, metabólico e nutricional, a qual representa 25.56% o total dos problemas crónicos de saúde. No que concerne às patologias crónicas específicas a mais prevalente tanto nos homens como nas mulheres foi a hipertensão sem complicações a qual representou 14.13% do total dos problemas de saúde crónicos

registados nos CSP, seguida das alterações do metabolismo dos lípidos com 11.37% (Plano Local de saúde- Alto Minho, 2012).

Por último a informação relativa à idade de início de consumos nocivos nomeadamente no que respeita ao abuso crónico do álcool, verifica-se que este é precoce (entre os 20-24 anos), e que essa prevalência se mantém elevada no idosos (ibidem, 2012). Ainda, relativamente ao consumo de álcool e de acordo com o documento Diagnóstico do Território Linha do Minho do Centro de Respostas Integradas de Viana do Castelo 2011, o consumo de álcool tem-se intensificado em termos de bebidas destiladas e de mais episódios de embriaguez entre os adolescentes dos 16-18 anos. De salientar que o mesmo documento refere que o consumo entre raparigas teve um maior incremento, quando comparado com os rapazes. Além disso, verificou-se um aumento dos consumos entre adolescentes com idades compreendidas entre os 13 e os 15 anos (Centro de Respostas integradas de Viana do castelo, 2011). Relativamente ao alcoolismo prevalente nos desempregados e segundo o mesmo documento, de entre os indivíduos que se encontram em tratamento no CRI, 55% dos frequentadores desta consultas tem problemas de abuso/dependência do álcool. No que respeita ao consumo nocivo a segunda principal substância consumida entre os trabalhadores e/ou estudantes foi o álcool (22%). No que concerne à análise da proveniência da referenciação das situações de PLA, verifica-se que a maior parte dos encaminhamentos para o nível de intervenção III de cuidados³, note-se que é feita por instituições da Rede Social, e poucos são referenciados pelos CSP.

Segundo dados referentes ao CRI, com base na informação obtida pelo Comando Territorial de Viana do Castelo, em 2011 foram identificados 190 casos de violência doméstica relacionado com o álcool. No que respeita á situação profissional dos indivíduos encaminhados, a maioria está desempregado há um ano ou mais.

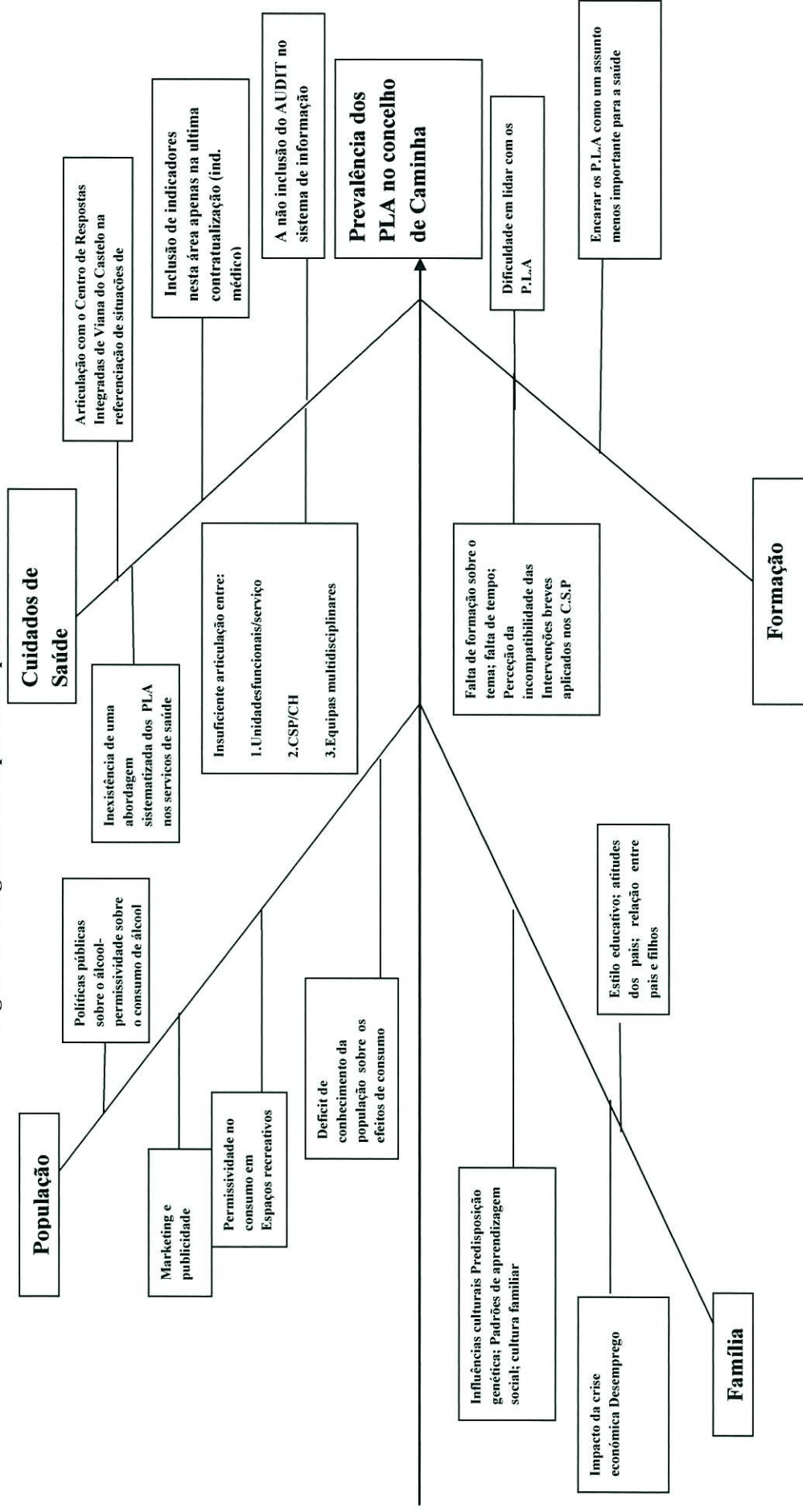
³ Uma evolução desfavorável da situação clínica, determina um agravamento do nível de patologia aditiva subjacente, bem como das suas consequências, com um aumento da probabilidade do surgimento/agravamento de comorbilidades. É preconizado o Modelo de Tratamento Integrado, com o auxílio a diversos recursos terapêuticos, entre eles programas específicos de tratamento, redução de riscos e minimização de danos e programas de reabilitação e reinserção. Rede de Referenciação/Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências 2013

Associado a esta problemática, foram identificados indivíduos e famílias com problemas de pobreza, beneficiários do RSI, com falta de alimentos, dificuldades na gestão doméstica e parental. Importa salientar que a esta problemática verifica-se em muitas situações, a negação do problema por parte dos indivíduos, a aceitação social do consumo, a baixa auto estima associada a comportamentos de agressividade primários, ao baixo nível de competências sociais, precaridade laboral e desemprego (Centro de Respostas integradas de Viana do castelo, 2011).

Relativamente aos crimes de condução sob o efeito do álcool, o concelho de Caminha tem valores significativamente mais elevados relativamente a outros concelhos, apresentando 60 casos de crimes de condução de veículos sob o efeito do álcool, e 10 acidentes de viação diretamente relacionados com o consumo de álcool, em 2011 (ibidem,2011). No âmbito das crianças e jovens em risco referenciadas na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) da Linha do Minho, realçam a problemática do álcool no seio familiar como um dos principais problemas.

Perante este contexto, foi elaborado um DCE no formato espinha de peixe, no qual o efeito desejado é a implementação de um projeto de intervenção integrada nos Problemas Ligados ao Álcool. Deste modo, foi efetuada uma identificação das causas suscetíveis de produzir o efeito, e que se traduz no seguinte diagrama:

Figura 3- Diagrama de espinha de peixe



Deste diagrama emergiram quatro pontos fundamentais, que foram considerados as causas que consubstanciaram a necessidade de implementar este projeto. Podemos constatar que, o estilo de vida, não é algo que dependa da vontade exclusiva de cada indivíduo em particular. Desenvolve-se em estreita relação com as condições de vida, que a nossa sociedade nos impõe. No entanto, dentro de toda a envolvência social, há um espaço para a liberdade e responsabilidade de cada um, sobre a sua própria conduta, e este é o lugar preferencial para a educação como agente de mudança social.

Dado o papel tão importante que os comportamentos têm sobre a saúde, não é de estranhar o crescente interesse para a educação para a saúde em geral, e a educação sobre o álcool em particular.

Porque, desde que se considera a saúde como um valor individual e coletivo, está em causa a adoção de comportamentos adequados com o objetivo de conservar a saúde. Por outras palavras, cada pessoa e cada coletivo têm de ser agentes da sua própria saúde.

Os hábitos nocivos para a saúde adquirem-se na infância. Neste sentido resulta óbvio afirmar que a família, constitui a primeira instância de socialização, e a instituição que tem mais influência na formação e desenvolvimento das crianças e jovens. É no seio familiar, através da aprendizagem e da observação das condutas, que se adquire a capacitação para viver em sociedade, e para enfrentar de forma adequada as situações que se apresentam ao longo da vida. Daí se considerar, a família como um agente preventivo, dado que esta é capaz de influenciar positivamente o desenvolvimento saudável e equilibrado dos seus membros. Atualmente perfilam-se várias problemáticas, que até há poucos anos eram inéditas. Tal preocupação advém pelo facto de a família ser alvo de certa forma de novas formas destruição ou por maneiras de deformá-la. Em nome de uma nova modernidade, do consumismo exacerbado, da globalização e dos valores algo distorcidos anunciados pelos meios de comunicação social, pode dizer-se que a família passa por dificuldades e crises, na sua forma, tradição e mesmo identidade. Neste contexto, educar neste ambiente adverso é altamente difícil e complexo. Por outro lado, e como se tem verificado através de uma extensa evidência científica internacional, as repercussões da crise económica e social, tem sido encarados como fatores precipitadores de estilos de vida disfuncionais, o que acarreta mais necessidades na promoção da saúde e prevenção da doença em geral e em particular nos problemas ligados ao álcool.

Outras das causas referidas no diagrama são os cuidados de saúde. De facto além de outros problemas, o envelhecimento da população, envolve também aspetos específicos no setor da saúde. A este nível, a situação atual, não é facilitadora das necessidades das pessoas; é necessário apostar mais na promoção da saúde, em serviços de proximidade, apostar na promoção de iniciativas que facilitem as relações entre pessoas, iniciativas promotoras do bem-estar físico e mental, conjugar os CSP com mais apoio social, e sobretudo apostar na intersectorialidade entre os diferentes níveis de cuidados, sobretudo ao nível local.

A melhoria da coordenação e a integração de cuidados é essencial, uma vez que as necessidades se acentuam, e cada vez mais as intervenções no âmbito dos cuidados de saúde, carecem de continuidade entre si, e com outras intervenções. Por outro lado as redes de referenciação, nos serviços de saúde, devem ser o complemento das redes de proximidade, dado que permitem uma melhor interligação entre níveis de diferenciação de tecnologias e procedimentos, mas também para melhorar coordenar, assegurar a qualidade e racionalizar os recursos humanos e tecnológicos. Neste sentido um melhor grau de planeamento, constitui-se como uma boa porta de entrada para a melhoria da qualidade dos cuidados. Por outro lado é importante ter em conta que, a questão de acesso aos cuidados de saúde no âmbito desta problemática tem um grande impacto nos seus mais variados determinantes, nomeadamente no estigma face á doença ou nos estilos de vida disfuncionais, na discriminação e na exclusão social.

Dado este contexto a própria reforma CSP, contem elementos potenciadores de uma rede de proximidade e de promoção e proteção da saúde entre os quais a reconfiguração dos centros de saúde e a constituição de “ unidades locais de saúde” o que possibilita na prática uma maior coordenação de esforços, aumentando a capacidade resolutiva do sistema. Além disso com a nova atitude na Administração Pública, foi possível a reorganização dos serviços de saúde com vista ao exercício da cidadania em saúde, que se reforça através da promoção de uma dinâmica que envolve a produção e partilha de informação e conhecimento, numa cultura de pró-atividade, compromisso e autocontrolo do cidadão, para a máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva. (Plano Nacional de Saúde 2011-2016). Nas equipas de cuidados de saúde o maior grupo de profissionais é o da enfermagem.

E pelo facto de ser aquele que, passa a maior parte do tempo junto dos utentes dos serviços de saúde, é ele que tem melhores condições de ajudar nas situações relacionadas com a ingestão problemática de álcool.

Lidar com estas situações, exige à maioria dos profissionais desenvolvimento e aprofundamento de competências.

Numa sociedade contemporânea, mudam-se as necessidades, mudam-se as exigências, e a globalização e a transição para uma sociedade do conhecimento, originaram complexidade e diversidade, que fez emergir uma sociedade do risco. A reforma dos cuidados objetiva a criação de contextos organizacionais favoráveis à mudança de comportamentos com vista à prestação de cuidados de excelência, adequados às características das populações, próximas das famílias e baseada no empreendedorismo, transformando-se num espaço público onde seres humanos (cidadãos e gestores) com perspetivas diferentes atuam em conjunto para o bem comum.

Neste contexto evidencia-se um vasto potencial de atuação ao nível dos cuidados de saúde, e nesse sentido é primordial avaliar o ambiente externo, no que se refere às ameaças e oportunidades, já que elas constituem antecipações do futuro, e permitiram identificar precocemente aspetos que podem ser vistos como constrangimentos à implementação de estratégias (ameaças) e de outros que podem constituir-se como apoios (oportunidades) para alcançar os objetivos delineados.

As forças e fraquezas são determinadas pela posição atual da organização e relacionam-se com os aspetos internos. Estas são particularmente importantes, para que a organização rentabilize o que tem de positivo e reduza, através da aplicação de um plano os seus pontos fracos. A combinação entre estes dois ambientes, facilitou a análise e a procura para a tomada de decisões na definição das estratégias.

Pontos Fortes

Implementação do Modelo organizativo do Enf^a família por área geodemografia

Relações de trabalho anteriores

Novos processos de gestão de cuidados e de produção de cuidados. (Abordagem inovadora dos PLA)

Abertura para a prestação de cuidados numa logica de processo assistencial integrado

Liderança dos enfermeiros na operacionalização e implementação do projeto

Capacidade de negociação do gestor do projeto

Reorientação das ações dos profissionais

Reconhecimento da problemática pela rede Social de Caminha

Reconhecimento da problemática pela Rede Social de Caminha

Oportunidades

Inovação e desenvolvimento Organizacional

Necessidade de adoção de um renovado paradigma do cuidar

Aumento dos comportamentos de risco

Maior eficiência no contexto de crise económico- financeira

Potenciação de ações colaborativas

Pontos Fracos

Falta de motivação/confiança/Conflitos interpessoais/ Conformismo

Conflitos internos inerentes à implementação do modelo organizativo do enfermeiro de família por área geodemográfica

Alteração das dinâmicas de trabalho

Governança bicéfala no âmbito das UF

Deficit de comunicação na organização

Insuficiente articulação entre as unidades funcionais

Deficit nos sistemas de informação (PLA)

Contratualização assente indicadores de desempenho e não em ganhos em saúde

Ameaças

Sociedade orientada para o consumo de bens e serviços e desvalorização os comportamentos salutogénicos

Orientação da comunidade no sentido de criação de riqueza económica e que desvaloriza a saúde e a qualidade de vida

Com esta análise pudemos identificar o posicionamento atual da organização e da problemática e sua envolvente atual. Assim intui-se um ambiente em que a complexidade e a turbulência das relações interpessoais e dos aspetos socioeconómicos condicionam significativamente todo o contexto em que se desenvolverá este projeto.

Daqui impõe-se um enfoque especial na interação nas relações entre as pessoas e o ambiente ou na reconstrução das organizações, cujo centro são os cidadãos e a comunidade com direitos a cuidados de saúde mais efetivos, sendo que para o feito tem que otimizar a interação em termos de ambiente interno e externo e da própria organização com os ambientes interno e externo. Esta condição requer que qualquer modelo de implementação de um projeto, seja feito numa perspetiva de desenvolvimento da flexibilidade mas também da integralidade, com vista à promoção de condições favoráveis à aprendizagem constante e ao desenvolvimento de competências.

4.5. Caraterização da população alvo

O concelho de Caminha, situado a norte de Portugal, é limitado a sul pelo concelho de Viana do Castelo, a norte pelo Rio Minho e a poente pelo Oceano Atlântico. Pela sua situação geográfica, entre o mar e o rio, este concelho é uma porta de entrada aos estrangeiros em Portugal. Abrange uma área de 124,66Km², com uma densidade populacional de 122 habitantes por Km², distribuída por vinte freguesias. Analisando os dados relativos à população, constata-se que residem neste concelho 16.684 pessoas, contemplando 6.258 famílias clássicas. Segundo dimensão, predominam as famílias com duas pessoas (1922), seguidas de famílias com três pessoas residentes (1427) (INE, 2011).

Quadro 3. Distribuição absoluta da População residente em Caminha por grupo etário

Zona Geográfica	Total	0-14 Anos	15-24 Anos	25-64 Anos	65>= Anos
	H/M	H/M	H/M	H/M	H/M
Caminha	16.684	2.035	1.814	8.868	3.967

Fonte: INE 2011

Como se verifica no quadro acima, o grupo etário dos 25- 64 anos é o mais populoso, seguido do grupo com 65anos e mais. Em termos gerais, encontramos um concelho mais envelhecido, o que não foge à regra relativamente a outros concelhos. No que respeita ao estado civil, 3.096 pessoas são solteiras, 8.021 são casados e 1.535 são viúvos com predomínio do sexo feminino (Censos 2011).

No que se refere ao nível de instrução mais elevado completo, predomina o 1º Ciclo do Ensino Básico, seguido do ensino secundário (Censos,2011). De salientar que relativamente ao ensino superior este concelho apresenta a segunda taxa mais elevada do Minho-Lima sendo somente ultrapassada pelo concelho de Viana do Castelo. (Diagnóstico Social do Concelho de Caminha 2013).

A população do concelho de Caminha, relativamente à oferta de cuidados de saúde, inclui uma UCC, uma UCSP e uma USF. Assim é essencial fazer uma referência ao número total de utentes inscritos nas referidas unidades nomeadamente no que se refere às duas últimas.

Quadro 4. Distribuição da população inscrita segundo a atribuição a médico de família

Número de utentes	Com Médico de Família	Sem Médico de Família
UCSP e USF	18.603	237

Fonte: Sinus. acedido em Abril 2014

Neste quadro é feita referência ao número total de utentes inscritos nas duas unidades de saúde, com e sem médico de família.

Quadro 5. Número de utentes segundo a unidade de saúde e o acesso ao médico de família

Número de utentes	Número Total de Utentes	Com Médico de Família	Sem Médico de Família
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados	10.164	9.966	198
Unidade de Saúde Familiar	8.439	8.400	39

Fonte: Sinus. Acedido em Abril 2014

A avaliação do número de utentes inscritos em cada unidade de saúde, permite-nos entender melhor onde se concentra o maior número de utentes inscritos, o que permitirá fazer um melhor planeamento da gestão de recursos e a articulação com as respetivas unidades.

De salientar o facto de nos encontrarmos em fase de implementação do método de trabalho de enfermeiro de família por área geográfica na UCSP. Encontra-se assim definido o enfermeiro gestor de caso por cada área geográfica.

Quadro 6. Enfermeiro gestor de caso segundo a área geográfica na UCSP

Enfermeiro	Área geográfica
Enfermeiro A	Lanhelas, Vilar de Mouros
Enfermeiro B	Cristelo, Azevedo, Venade , Argela
Enfermeiro C	Moledo
Enfermeiro D	Riba de Âncora, Vile, Vilarelho
Enfermeiro E	Arga de Cima, Arga de Baixo, Arga de S. João, Dem, Gondar, Orbacém, Vila Praia de Âncora
Enfermeiro F	Caminha
Enfermeiro G	Seixas

Na USF a prestação de cuidados de enfermagem está organizada em função da inscrição nos respetivos médicos de família que constituem equipa com um enfermeiro de família, tendo no entanto em conta a área geográfica de influência desta unidade.

No que respeita às unidades funcionais, foi possível obter informação relativa ao registo de dados de dois indicadores na área clínica de Saúde Mental:

- Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 anos⁴

⁴ Indicador que exprime a proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 anos. 8Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários 2013)

-Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos alcoólicos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo nos últimos 3 anos⁵

O primeiro indicador tem como objetivo monitorizar o parâmetro “registro de hábitos alcoólicos”; no programa de saúde juvenil e de adultos em que exprime a quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 anos. O segundo indicador refere-se à monitorização no programa de saúde juvenil e de adultos do parâmetro que exprime a proporção de alcoólicos com idade igual ou superior a 14 anos a quem foi realizada uma “consulta relacionada com alcoolismo” nos últimos 3 anos e que, inclui o diagnóstico de “Abuso crónico do álcool” (rubrica da ICPC-2 P15) ou “Abuso agudo do álcool” (rubrica da ICPC-2 P16) em estado ativo (Bilhete de Identidade dos indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários 2013). Segundo o ICPC-2 o diagnóstico de “Abuso crónico de álcool” inclui as Síndromes alcoólicas do cérebro, psicose alcoólica do cérebro e Delirium Tremens, e os critérios diagnósticos incluem perturbações devida ao consumo do álcool e que resulta em um ou mais dos seguintes: uso nocivo com prejuízo para a saúde clinicamente importante, dependência, estado de privação ou distúrbio psicótico. O diagnóstico de “Abuso agudo de álcool” refere-se a embriaguez e os critérios diagnósticos integram perturbação devida ao consumo de álcool que leva a intoxicação aguda, com ou sem história de abuso crónico. Relativamente a estes diagnósticos, o quadro a seguir resume o número de diagnósticos relativos a cada rubrica e em cada unidade funcional.

Quadro 7 Diagnósticos “ Abuso agudo de álcool “ e “Abuso crónico de álcool referentes às duas unidades funcionais

Unidade funcional	Diagnóstico “ Abuso crónico do álcool”	Diagnóstico “ Abuso agudo do álcool”
UCSP Caminha	93	25
USF	156	9
Total	249	34

Fonte: MIM@UF ULS Alto Minho 2013

⁵ Indicador que exprime a proporção de alcoólicos com idade igual ou superior a 14 anos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo nos últimos 3 anos. (Bilhete de Identidade dos Indicadores de Monitorização dos Cuidados de Saúde Primários 2013)

Os quadros seguintes resumem os dados relativos a dois indicadores da área clínica da saúde mental referentes às duas unidades funcionais.

Quadro 8 . Indicadores de Saúde Mental

Indicador	UCSP	USF
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com, quantificação dos hábitos alcoólicos nos últimos 3 meses.	27.5%	54.23%
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos alcoólicos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo nos últimos 3 anos	58.8%	68.54%

Fonte: SIARS. Acedido em Abril 2013

No quadro seguinte são apresentados os resultados sobre a prevalência dos diagnósticos por freguesias do concelho, tendo por base a informação retirada no sistema informático MIM@UF ULS Alto Minho 2013.

Quadro 9. Prevalência de “ Abuso crónico de álcool” e “Abuso agudo de álcool” por freguesias

Freguesia	Diagnóstico “ Abuso crónico do álcool” (%)	Diagnóstico “ Abuso agudo do álcool” (%)
Caminha	0.83%	0.22%
Âncora	1.31%	0.08%
Arga de Baixo Arga de Cima e Arga de S. João	1.4%	0.49%
Gondar	2.3%	-
Lanhelas	0.21%	-
Moledo	0.86%	0.15%
Argela	1.63%	0.81%
Orbacém	4.5%	-
Riba Âncora	2.27%	0.30%
Venade	0.75%	0.37%
Vila Praia de Âncora	1.78%	0.21%
Azevedo	2.54%	-
Vile	3.70%	-
Vilar de Mouros	1.58%	0.14%
Seixas	1.11%	0.20%
Vilarelho	0.65%	0.09%
Cristelo	0.73%	0.36%
Dem	1.10%	0.27%

De acordo com toda a informação obtida, podemos constatar que as freguesias onde o diagnóstico “Abuso Crónico de álcool”, mais se destaca são nas freguesias de Orbacém, Gondar, Riba de Âncora, Azevedo e Vile com uma prevalência maior relativamente a outras freguesias. Relativamente à informação obtida através da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Caminha, dos casos que foram referenciados nos últimos 2 anos, 24 situações estavam relacionadas com problemas ligados ao álcool.

No que respeita a famílias com o rendimento social de inserção, relativo também aos últimos dois anos, foram confirmadas 16 famílias, nas quais 12 indivíduos foram acompanhados pelo CRI por problemas ligados ao álcool. Atualmente existem 32 utentes do concelho de Caminha em acompanhamento desta problemática no CRI.

De acordo com o Plano Local de Saúde – Alto Minho 2014-2016 a doença crónica do fígado e cirrose constitui um dos problemas de saúde prioritários, sendo que a projeção aponta para 2016 um aumento na taxa de mortalidade prematura por doença crónica do fígado e cirrose (19.2), sendo substancialmente mais elevada em comparação com a região norte (7.7). Neste sentido o mesmo documento identifica estratégias e recomendações para a intervenção neste problema de saúde, que tem como objetivo a redução da mortalidade por doença crónica do fígado e cirrose. Estas estratégias passam sobretudo por melhorar a qualidade do seguimento clínico e do tratamento dos utentes consumidores excessivos de álcool, e melhorar a intervenção comunitária objetivando a diminuição dos hábitos alcoólicos na população.

4.6. Recursos Humanos

O termo projeto carrega consigo o sentido de organizar ideias, pesquisar, analisar a realidade e desenhar uma proposta articulada com intencionalidade, e os recursos são essenciais à consecução das ações inicialmente identificadas. As pessoas são hoje unanimemente consideradas o ativo mais valioso das organizações, por isso um modelo de gestão de pessoas deve gerar sintonia e alinhamento entre os processos que se pretende implementar e os objetivos que se pretendem atingir. Por outro lado, a rentabilização destes recursos torna-se peça fundamental na medida em que, a mobilização e o envolvimento dos profissionais já existentes tornam o projeto mais eficiente. Deste modo, o planeamento dos recursos humanos deve estar voltado para a adaptabilidade e inovação dentro da organização. Através da otimização do capital humano, é possível dispor-se da pessoa/ equipe certa, no lugar certo, e no momento oportuno, dentro dos diferentes cenários de trabalho, melhorando as práticas vigentes. Dado que o exercício clínico dos enfermeiros na UCSP está organizado por enfermeiro de família por área geográfica, o objetivo foi rentabilizar a capacidade instalada potenciando os recursos humanos e concentrando as capacidades e competências de cada grupo profissional.

Desta forma toda a atividade assistencial prestada no âmbito dos PLA enquadra-se nas rotinas diárias de prestação de cuidados. Por tal não foi necessário definir a carga horária para cada enfermeiro no âmbito da prestação de cuidados aos utentes com PLA. No que respeita ao elemento que integra a UCC, dado que a sua atividade é exercida maioritariamente na comunidade, houve necessidade de definir a carga horária semanal. Relativamente aos restantes elementos que integram o projeto, os técnicos do serviço social e a psicóloga, foi negociado uma carga horária semanal como consta no quadro seguinte. Daqui resultou um plano de recursos humanos que irá consubstanciar o plano de ação.

Quadro 10. Distribuição dos Recursos Humanos

Profissionais	Local de Trabalho	Carga Horária Atribuída
Enfermeiro A	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha	Prestação de cuidados
Enfermeiro B	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha	Prestação de cuidados
Enfermeiro C	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha	Prestação de cuidados
Enfermeiro D	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha	Prestação de cuidados
Enfermeiro E	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha	Prestação de cuidados
Enfermeiro F	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha	Prestação de cuidados
Enfermeiro G	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de Caminha	Prestação de cuidados
Enfermeiro H	Unidade de Cuidados na Comunidade	4 Horas/ Semana
Técnico de Serviço Social 1	Protocolo do Rendimento Social de Inserção	A definir
Técnico de Serviço Social 2	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens	A definir
Técnico de Serviço Social 3	Segurança Social	A definir
Técnico de Serviço Social 4	Centro de Saúde de Caminha	2.5 Horas/Semana
Psicóloga	Camara Municipal de Caminha	2Horas/ Semana

Tendo em conta os pressupostos teórico-metodológicos, a avaliação da situação da saúde em articulação com as orientações políticas, em particular, o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e o Perfil de saúde do Alto-Minho 2014, procedeu-se à priorização das áreas de intervenção deste projeto e que passamos a apresentar:

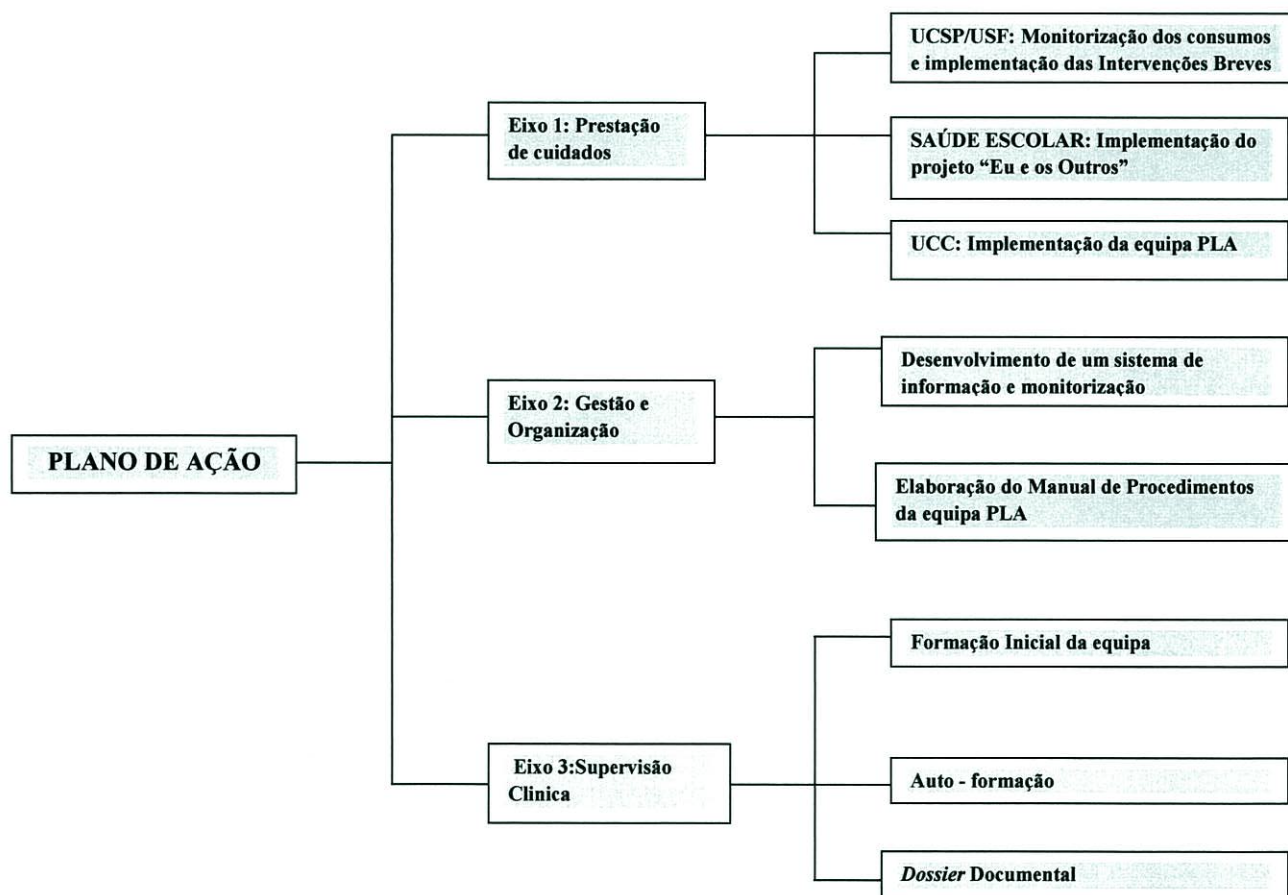
- Prestação de cuidados
- Gestão e Organização
- Supervisão clínica

É com base nestas áreas que foram identificadas que se concebeu, com a equipa o Plano de Ação, e está desenhado para um horizonte temporal de três anos, 2014-2016. De referir que no que respeita à área de intervenção relativa à prestação de cuidados, prevemos que esta se divida em duas fases de implementação. Assim na primeira fase procederemos à implementação dos RIB nas atividades e rotinas no âmbito da Saúde Familiar mais concretamente na Unidade de Cuidados na Comunidade e na Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados. Na segunda fase proceder-se-á à implementação dos RIB na Unidade de Saúde familiar Vale do Âncora e à intervenção no âmbito da Saúde Comunitária com a implementação do Projeto “ Eu e os Outros “ no Agrupamento de Escolas de Caminha.

5. PLANO DE AÇÃO

A satisfação das necessidades em cuidados de saúde a utentes com problemas ligados ao álcool no âmbito dos CSP, deve estar assente na equidade em saúde e no acesso aos cuidados de saúde. O planeamento em saúde parte de um diagnóstico, sendo um processo contínuo e dinâmico. A identificação de ganhos potenciais em saúde, pressupõe de antemão a identificação das necessidades em saúde, das intervenções disponíveis, e dos recursos materiais e humanos, na concretização do planeamento operacional. Neste sentido, é de todo importante delinear o Plano de Ação, fundamental para a organização de todas as ações necessárias à concretização dos objetivos, em alinhamento com as orientações políticas locais e regionais bem como com as conceções anteriormente referidas. Este plano de ação tem por base três eixos estruturantes da intervenção: Prestação de cuidados, Gestão e Organização, Supervisão clínica.

Para melhor compreensão das dinâmicas que serão desenvolvidas em cada eixo, é apresentado a seguir um diagrama do plano de ação que consubstancia este projeto.



De seguida procederemos a uma apresentação sistemática para cada eixo. O Plano de Ação encontra-se consubstanciado em fichas projeto inerentes a cada atividade, que por razões de sistematização remeteram-se para apêndices.

Prestação de Cuidados (Eixo 1)

Atualmente os Agrupamentos de Centros de Saúde são constituídos por diferentes unidades funcionais, cuja missão e atividades se intersejam e necessariamente se complementam, impondo necessariamente uma definição clara dos papéis de cada uma dessas unidades, de modo a evitar sobreposições de tarefas, mas sobretudo retirar o máximo potencial do desempenho de cada uma, no que respeita às especificidades em particular.

A intervenção no âmbito dos CSP é caracterizada por três tipos de abordagens, que sendo complementares, colocam o enfoque nos cidadãos quer no seu contexto familiar, no seu grupo de pertença ou na comunidade. Deste modo, as intervenções são sempre dirigidas a cada indivíduo, a cidadãos, famílias ou grupos com especial vulnerabilidade e de risco, e dirigida à população/ comunidade. A intervenção individual é dirigida de uma forma personalizada a todos os cidadãos, que visa contribuir para a identificação, resolução ou controle de problemas de saúde, através de uma intervenção personalizada, e que tem em conta as características e as necessidades de cada pessoa, inserida na família, no grupo e na comunidade. Esta intervenção é efetuada predominantemente pelos elementos da equipa de saúde familiar organizadas em Unidades de Saúde Familiar e nas Unidades de Cuidados de saúde Personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos. Desta forma a família emerge, enquanto foco dos cuidados de enfermagem, como a unidade básica da sociedade, que em última instância tem vindo a sofrer alterações ao nível da sua estrutura e dinâmica relacional, revelando fragilidades e potencialidades que determinam a saúde dos seus membros e da comunidade onde se insere. Neste sentido para compreender a família como uma unidade, é essencial conceptualizá-la num paradigma, que permita compreender a sua complexidade, globalidade e multidimensionalidade. Assim sendo, considerando a perspetiva de uma intervenção em rede, o enfermeiro de família, será um dos profissionais privilegiados, para responder às necessidades da família no exercício das suas funções, nomeadamente na identificação precoce nos determinantes da saúde com repercussões na dinâmica individual e familiar, no reconhecimento do potencial do sistema familiar como promotor da saúde, e como parceiro na gestão da saúde

da família, organizando os recursos necessários à promoção da máxima autonomia. Neste contexto o enfermeiro de saúde familiar, responsabiliza-se pela prestação de cuidados de enfermagem a um grupo de famílias de uma área geográfica específica, nas diferentes fases do ciclo vital da família, e aos diferentes níveis de prevenção, com particular importância, nas situações de maior vulnerabilidade.

O segundo âmbito de intervenção, que interligando-se com a intervenção anterior, caracteriza-se pela seletividade e prioridade de cada intervenção na comunidade, em pessoas, famílias ou grupos com necessidades especiais de cuidados de saúde. Estes cuidados, são em geral prestados na comunidade, cuja responsabilidade recai predominantemente sobre as Unidades de Cuidados na Comunidade.

O terceiro tipo de intervenção que sendo dirigido à população/comunidade no seu todo, visa essencialmente promover e proteger a saúde e prevenir a doença, através de intervenções baseadas num diagnóstico de saúde e orientadas para a obtenção de ganhos concretos em saúde da população. A Saúde comunitária tem como objetivo a promoção da saúde, numa abrangência, que implicando todos os aspetos da vida pessoal e coletiva, representa uma nova configuração da biopolítica de regulação social. Nela, os agentes sociais são chamados a tomar parte ativa e responsável, integrando de forma consciente a sua qualidade de sujeitos políticos. A estratégia de intervenção na comunidade conjuga a vertente participativa, dirigida ao reforço do poder das populações, com a vertente educativa, que a ela contribui pela divulgação do conhecimento especializado. Como processo de empoderamento, a participação supõe que a análise das necessidades deixe de refletir prioritariamente nas preocupações dos profissionais e passe a considerar o conhecimento leigo sobre as questões da saúde. A comunidade, foco de ações estratégicas, é entendida neste contexto como um território delimitado, no qual as famílias são acompanhadas pelos profissionais, que acompanham o indivíduo, mas também a família.

Neste contexto tornou-se essencial obter sinergias com as intervenções das diferentes unidades funcionais, otimizar as competências e as capacidades que lhes estão alocados, potenciar a intercooperação das equipas e promover a qualidade e a adequação das intervenções em saúde que se devem implementar em tempo útil e com menor custo.

Atendendo a isto, este eixo estruturante está dividido em três atividades igualmente estruturantes:

- A intervenção comunitária no âmbito da Saúde Escolar.
- A intervenção em S. Familiar com a implementação de rotinas de rastreio dos consumos de risco, consumo nocivo e dependências.
- Implementação de uma equipa de PLA na UCC para encaminhamento e acompanhamento de situações de consumo problemático de álcool.

No que respeita à primeira atividade, a intervenção no âmbito da Saúde escolar assenta na implementação em parceria com o CRI do projeto “Eu e os Outros”. Este projeto foi criado pelos serviços centrais do Instituto da Droga e da Toxicodependência constituindo um espaço de sensibilização e reflexão relativamente à temática das drogas e de outras áreas relacionadas com o crescimento e que está associado ao site juvenil [www. tu-alinhas.pt](http://www.tu-alinhas.pt), Neste projeto a intervenção preventiva é de âmbito universal, dirigida a um grupo de alunos sem ter em conta o nível de risco individual, no entanto pode também ser aplicado no âmbito da intervenção seletiva. A população alvo deste projeto são os adolescentes dos 10 aos 18 anos, envolvendo desta forma alunos do 2º, 3º ciclo e alunos do ensino secundário. Trata-se pois de um projeto de treino de competências pessoais e sociais, adotando o formato de um jogo interativo, que tem por bases oito narrativas diferentes e pressupõe a exploração em grupo de um suporte informático- *online*- dinamizado por uma equipe técnica. A abordagem pelo jogo, permite a realização de construções lúdicas envolvendo a compreensão de valores, atitudes e representações associadas às práticas realizadas, e aos contextos de ação. Esta intervenção preventiva em meio escolar, tem como pressupostos uma abordagem compreensiva a partir da confiança recíproca que se vai estabelecendo entre o dinamizador e os alunos.

O projeto baseia-se nos princípios da narrativa interativa, partindo de pressuposto de que a melhor forma de saber qual a relação dos jovens com qualquer temática é através das suas próprias palavras, analisando as suas próprias narrativas, sobre os diversos fenómenos em espaço de conversa, formais e informais.

É criado assim, um espaço para a vivência integrada do risco, da exploração, do confronto com o inesperado, ao mesmo tempo é garantido um espaço de relação e de encontro com o outro.

Assente nos processos de globalização da comunicação nas atuais sociedades em rede, evidenciando o facto de que a Internet é um precioso instrumento auxiliar dos processos de ensino-aprendizagem em que os jovens são elementos ativos da sua própria formação. Os jovens desenvolvem-se assim, numa perspetiva reflexiva, ativa e crítica, já que a metodologia de ação-reflexão associada ao jogo, privilegia e estimula o debate crítico a construção partilhada de conhecimentos e atitudes, e valoriza o facto de todos terem capacidades e competências para a resolução de problemas.

A implementação deste projeto irá passar por diversas fases a saber:

- Definição de uma estratégia de formação no âmbito do projeto
- Implementação de um sistema de monitorização e avaliação
- Articulação com o projeto “ Passezinho” no âmbito da Saúde Escolar

É importante referir que a intenção de articular estes dois projetos “ Passezinho e “ Eu e os Outros “ e mais concretamente no plano de ação da UCC, justifica-se pelo facto do primeiro contemplar também, intervenções no âmbito da saúde mental, com a promoção de competências sociais em crianças em idade pré-escolar.

A segunda atividade assenta na otimização das condições para o envolvimento efetivo dos profissionais de saúde dos CSP na identificação e intervenção nos consumos de risco e nocivo de álcool. O individuo é a unidade de referência dos cuidados, e a transversalidade da família como alvo dos cuidados no contexto dos CSP, leva-nos a reconhecer a importância da promoção da saúde das famílias para o desenvolvimento das sociedades.

Deste modo, o reconhecimento da importância dos cuidados centrados na família com vista à promoção da saúde familiar, surgiu como recomendação na Conferência Europeia sobre Cuidados de Enfermagem, (1988). O PNS 2012-2016 perspetiva uma abordagem ao longo do ciclo de vida, salientando a oportunidade de uma intervenção tão precoce quanto

possível nos fatores de risco, essencialmente para a prevenção de doenças crónicas e suas complicações, pelo rastreio, diagnóstico precoce e promoção da adesão terapêutica, bem como pela reabilitação e/ou integração da pessoa com limitações funcionais (PNS 2012-2016, p. 65). Deste modo, é relevante o papel do enfermeiro na prestação de cuidados ao longo do ciclo vital dos indivíduos e famílias, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção da doença e a sua reabilitação. No nosso centro de saúde as práticas clínicas relacionadas com os PLA, no âmbito dos cuidados de enfermagem é quase inexistente. Neste sentido, quer o diagnóstico de situações e suas intervenções, não constituem prática habitual da equipa de enfermagem, sobretudo no que respeita ao diagnóstico precoce das situações de consumo de risco e nocivo de álcool.

A terceira atividade, envolve como foi referido, a implementação de uma equipa PLA na UCC para encaminhamento e acompanhamento das situações de consumo problemático. Daqui surgiu a necessidade de implementar estratégias organizacionais com vista à organização dos meios e recursos para a prestação de serviços para dar resposta às exigências e necessidades deste grupo específico. Nesta equipa preconiza-se o modelo assistencial da gestão da doença crónica, garantido deste modo a totalidade, a continuidade e integralidade dos cuidados, reduzindo assim a fragmentação dos mesmos. As intervenções no âmbito desta equipa visam sobretudo acompanhar o processo de referenciação para tratamento especializado, coordenar os cuidados de saúde, garantindo a sua continuidade, assegurar a adesão terapêutica e promover o auto-cuidado, ajudando-o na capacitação para uma gestão autónoma da sua saúde.

Gestão e Organização (Eixo 2)

A monitorização das estratégias e das medidas adotadas, tem como ponto de partida o reconhecimento das ações que se irão desenvolver, fundamentalmente através da reflexão antes, durante e após a aplicação do plano de ação. Este plano de monitorização e acompanhamento vai enfocar-se ao nível dos resultados esperados em termos de indicadores de *outcome* e impacto, de forma a mostrar se os resultados bem como o desempenho são atingidos, quando são atingidos e de que forma é atingida. Estes indicadores que vão ser objeto deste plano são aqueles que constam em apêndice, e estão distribuídos em três áreas: Prevenção Universal, Seletiva e Indicada. É também

especificado para cada indicador o cronograma da sua recolha e a fórmula para a sua construção. Na análise deste plano pretende-se comparar o desempenho real, com o que estava planeado, analisando-se qualquer desvio ou diferença. Será apresentado sob a forma de quadro, dado ser mais fácil de comparar e mostrar. A este plano está subjacente uma estratégia de comunicação interna e externa da informação, com o compromisso de uma atualização regular dos resultados a todos os intervenientes na construção e implementação deste projeto. A par desta atividade será também elaborado o manual de procedimentos da equipa PLA.

Supervisão clínica (Eixo 3)

A supervisão clínica, constitui atualmente um meio de promover a melhoria contínua da qualidade das práticas, através de uma reflexão permanente sobre os cuidados que são prestados aos utilizadores dos serviços de saúde. Neste contexto a supervisão clínica, através de um planeamento adequado, visa colmatar as necessidades de formação, e promover o desenvolvimento de competências nos contextos e para os contextos de trabalho. A elaboração do plano de formação em serviço, deve evidenciar o compromisso da equipa com a formação profissional contínua, e identificar as prioridades formativas individuais e coletivas. Deve ainda preconizar uma determinada metodologia para identificar as necessidades formativas, e as estratégias a serem utilizadas e a forma como as atividades são avaliadas. De salientar que o diagnóstico de necessidades de formação esteja alinhado para a resolução de problemas que emergem do contexto das práticas.

Considerando que a supervisão clínica visa o aperfeiçoamento das competências clínicas, o papel dos pares é fundamental neste processo, já que o observador e o observado estão mais nivelados em termos de estatuto, experiência e competências, implicando um menor grau de formalismo, promovendo à partida um ambiente de acompanhamento mais descontraído. Por outro lado pressupondo que ao existir um maior grau de empatia, as análises e discussões concretizadas entre pares conduzirão a conclusões mais frutíferas.

A qualidade dos cuidados, está também associada aos sistemas de informação, dado que constituem um instrumento de melhoria da qualidade, na medida em que, possibilitam a partilha do conhecimento clínico, o apoio à decisão clínica, influenciam a prestação de cuidados, possibilitam a monitorização de indicadores e sua consequente avaliação. A

contribuição dos sistemas de informação em saúde para a inovação é um dado adquirido, pelo que devem ser considerados como um recurso estratégico que contribuem para objetivação da realidade dos cuidados. Dentro desta atividade está contemplado a formação inicial no âmbito do projeto “ Eu e os Outros” para posterior implementação no contexto da S. escolar. A par desta ação será elaborado um *dossier* documental sobre os PLA.

6. DO PLANEADO AO REALIZADO

Como refere Sousa (2006), a reflexão sobre as práticas e os sistemas de valores associados às mesmas é a base processual para a modificação de comportamentos que impliquem a incorporação de novos modelos de práticas. Para isso foi necessário consciencializar os enfermeiros para a necessidade de mudança nos cuidados direcionados ao indivíduo/família, de forma a envolver o maior número de participantes na discussão e confrontação dos resultados obtidos no diagnóstico de situação. Por outro lado, um projeto envolve a antecipação de algo desejável que ainda não foi realizado, trás a ideia de pensar uma realidade que ainda não aconteceu. Este processo implica analisar o presente como fonte de possibilidades futuras. Dado que o trabalho por projeto, não é solitário, exige uma postura colaborativa entre as pessoas envolvidas. É um trabalho em grupo, em que as pessoas, cada qual com os seus talentos se relacionam em direção a um alvo em comum. Neste sentido, o trabalho em parceria, constitui-se como um instrumento de suporte à ação. É de facto, um fator de indiscutível eficácia e sucesso com particular relevância na área da intervenção em saúde, justamente por se tratar de uma área que desafia claramente todos os seus atores, a unir esforços, a rentabilizar recursos a integrar perspetivas, a complementar competências e ações. Por tal compreender a motivação de cada parceiro e as suas expectativas em termos de organização tornou-se essencial para a consecução dos objetivos. Foi importante assegurar a ideia de que apesar das abordagens, das metas e a própria visão em termos de intervenção possam ser diferentes, os objetivos complementares podem ser atingidos, trabalhando em conjunto. Desta forma todas as ações que se encetaram na fase inicial, pretenderam potenciar os esforços necessários para o desenvolvimento do projeto, uma vez que se poderia desempenhar funções complementares: O CRI pela sua competência e experiência nesta problemática e a UCC como potencial criadora de uma nova perspetiva para a abordagem desta problemática no contexto da saúde comunitária. Assim o perfil das organizações envolvidas apontava para a possibilidade de um trabalho intercomplementar, necessário para o processo de implementação do projeto e consequentemente para o alcance dos objetivos.

No entanto, um dos primeiros obstáculos que foi necessário ultrapassar prendeu-se com a construção e consolidação de uma estratégia de intervenção comum e portanto de um consenso na abordagem deste problemático, dado que o paradigma da intervenção comunitária, envolve a compreensão das circunstâncias em que a pessoa vive e dos meios que tem disponíveis para otimizar o seu nível de saúde.

Liderar este processo foi um desafio, dado que foi necessário estabelecer um clima organizacional adequado à fluidez de comportamentos que tornasse possível a geração de ideias e a implementação de soluções criativas. Inicialmente o modelo de intervenção preconizado abordaria a problemática no paradigma da prevenção terciária, o que levaria para a orientação de intervenções meramente do âmbito da gestão da doença. No entanto com o decorrer do projeto constatou-se que, o desenvolvimento deste deveria ter por base um modelo integrativo, em que as estratégias de intervenção assentassem nos quatro níveis de prevenção, através da complementaridade entre ações de âmbito populacional e ações individuais. Neste sentido, realizou-se uma primeira reunião com elementos representantes da UCC do CRI e da Rede Social da Camara Municipal de Caminha, com o objetivo de consolidarmos sinergias para uma intervenção mais integrada e eficiente no atendimento aos utentes com PLA. Neste momento, houve a oportunidade de se confrontar a necessidade do envolvimento das duas unidades funcionais do Centro de Saúde de Caminha (UCSP e USF), já que estas teriam um papel fundamental na consecução deste projeto. Inicialmente a ideia não foi muito acarinhada, pelo que se proporcionou uma discussão direcionada tanto para os fatores considerados como inibidores, como para a definição de estratégias conducentes à implementação de novas práticas, na abordagem desta problemática no âmbito dos CSP. Esta questão foi ultrapassada no momento em que houve uma auscultação e uma posição favorável dos enfermeiros e médicos das duas unidades, quanto à sua pertinência do seu envolvimento neste projeto. Devemos assumir que passou por uma estratégia intencional de partilha de responsabilidades tomada de decisão e consequentemente de empoderamento pelos prestadores diretos dos cuidados. Neste sentido, este projeto arroga-se de inovador, tendo representado um ponto de rutura com a mudança instituída assente no paradigma dominante “ pensar para os outros agirem nos termos da decisão” e não de “ pensar e agir com os atores, nos seus próprios termos e contextos”.

Estando este obstáculo ultrapassado, uma das questões fulcrais em que houve necessidade de trabalhar em primeiro lugar foi no âmbito da supervisão clínica.

Através de conversas informais com os diferentes elementos das equipas, constatou-se que a formação escassa nesta problemática dificulta a incorporação de uma conceção na abordagem aos PLA. Desta forma, as atividades implementadas até ao momento centraram-se essencialmente na necessidade de um processo formativo, fundamentado numa metodologia participativa que permitisse a reflexão em torno das práticas e da sua operacionalização no âmbito dos CSP, e especificamente neste Centro de Saúde. Além da formação, foram aventadas necessidades associadas à reflexão sobre as estratégias de implementação do RIB (Rastreio e intervenções breves) no enquadramento das práticas, assim como a importância da supervisão das mesmas. Emergiram algumas opiniões no sentido de esta intervenção ser realizada numa primeira fase a todos os diabéticos inscritos na unidade de cuidados de saúde personalizados. A par desta questão emergiu também a necessidade de explorar melhor os padrões de documentação disponíveis no sistema de documentação SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Dado este contexto foi proposto o seguinte plano de trabalho:

- Reuniões com a equipe, com o seguinte objetivo: sensibilizar a equipe para esta problemática através da apresentação e reflexão sobre os resultados do diagnóstico de situação; definir e consensualizar o plano de implementação da mudança.
- Definir o elemento dinamizador na equipa da UCSP e da USF.
- Elaborar e implementar um plano formativo.
- Identificar estratégias para a mudança.

Nesta fase do projeto o plano de trabalho acima identificado, foi implementado até ao momento na UCSP. Devido a algumas condicionantes na dinâmica de funcionamento da USF, prevê-se a concretização desta atividade num momento posterior, mais concretamente no mês de outubro. De referir que já está definido o elemento dinamizador desta unidade. Para dar resposta à primeira estratégia, foram utilizados os momentos planeados das reuniões de serviço com o intuito de não perturbar o normal funcionamento do serviço.

Estes momentos caracterizaram-se sobretudo por sensibilizar a equipa para a problemática dos PLA partilhando com os elementos os dados compilados relativos ao diagnóstico de situação e sobretudo promover no seio da equipa estratégias conducentes à implementação de novas práticas no âmbito das consultas de enfermagem.

No decorrer destes momentos, foi evidente a identificação por parte da equipa de alguns obstáculos conducentes a uma prática efetiva no atendimento aos indivíduos com PLA. De facto um dos obstáculos identificados foi desde o primeiro momento a aplicação do questionário AUDIT, pelo que se impôs o desenvolvimento de esforços no sentido de perceber o impacto da informação partilhada, e em que medida é que a mudança solicitada iria alterar as rotinas diárias. Em suma validar os problemas identificados. O plano de implementação da mudança, baseou-se sobretudo numa abordagem *bottom-up*, em que a prioridade foi considerar todos os elementos como agentes de mudança, e portanto desempenharem um papel importante em todo o processo. A comunicação foi primordial para a implementação do processo. Apesar de se verificar alguma perturbação no ambiente organizacional foi possível estabelecer um sistema de comunicação que permitiu a disseminação não só rápida da informação, como o seu acesso por todos os elementos da equipa.

As estratégias sugeridas para ultrapassar os obstáculos, centraram-se sobretudo na necessidade de um processo de supervisão clínica, orientado para uma metodologia participativa, que permitisse a reflexão em torno do tema, e da sua operacionalização no âmbito dos CSP e especificamente neste centro de saúde.

A segunda estratégia implementada foi no meu entender também muito valiosa. A proposta da nomeação de um elemento dinamizador em cada unidade funcional, permitiu no meu entender potenciar e otimizar o processo de articulação com a equipa, na identificação de estratégias adequadas de forma a promover a consolidação de mudanças efetivas a nível dos cuidados de enfermagem. Desta forma conseguia-se a adesão de mais um elemento a potenciar uma discussão reflexiva e mais participativa sobre as conceções dos enfermeiros acerca destes cuidados e também na articulação com a equipa restrita, e na consolidação do processo de mudança.

A terceira estratégia consistiu no desenvolvimento do plano formativo, que teve como finalidade contribuir para o desenvolvimento de competências no âmbito dos RIB. Inicialmente houve um primeiro momento formativo implementado pela equipa do CRI. No entanto após esta atividade houve a necessidade de planear um segundo momento formativo, com o objetivo de consolidar alguns conhecimentos adquiridos na formação anterior.

Desta forma projetou-se a formação em serviço com base nos pressupostos do projeto PHEPA (Primary Health European Project on Alcohol) não esquecendo contudo dar resposta às reais necessidades de formação da equipa verbalizadas em momentos formais de avaliação e reflexão. Este espaço/tempo de aprofundamento/ desenvolvimento de competências teve como principais objetivos:

- Sensibilizar para a abordagem dos PLA no contexto de novas necessidades em saúde;
- Refletir sobre o enquadramento dos CSP no contexto dos PLA;
- Promover e reforçar as competências dos profissionais no contexto da mudança subjacente a este projeto,
- Implementar o RIB;
- Promover a utilização de instrumentos de avaliação e caracterização dos consumos;
- Integrar nas rotinas dos cuidados de enfermagem intervenções relacionadas com o consumo desregrado de álcool ao nível dos CSP,
- Promover boas práticas no contexto das consultas de enfermagem;

Intituiu-se a este processo formativo de “Formar a Inovar”- Os desafios para o enfermeiro na abordagem dos problemas ligados ao álcool. Os conteúdos orientaram-se fundamentalmente para aspetos essenciais dos cuidados direcionados à importância da avaliação e intervenção precoce do indivíduo com consumo excessivo de álcool. Foram previstos sete módulos, cujos conteúdos foram distribuídos por várias áreas temáticas: definição de PLA, carga global de saúde associada aos PLA, caracterização dos consumos e aplicação do AUDIT, intervenções breves e o contributo dos sistemas de informação na documentação dos cuidados.

A estruturação dos módulos está alinhada com o plano de formação discriminado em anexo com o respetivo cronograma. Os objetivos definidos centraram-se na clarificação de conceitos e na reflexão sobre os mesmos tendo em conta os contextos da ação. Utilizou-se uma metodologia mista associando métodos expositivos e ativos.

O processo formativo foi dinamizado pela responsável do projeto com a colaboração do elemento dinamizador cuja participação possibilitou uma ligação mais efetiva entre todos os intervenientes.

De forma a não perturbar o normal funcionamento do serviço, planeou-se para esta formação em média 1,5 horas semanais distribuídos por 6 semanas, perfazendo um total de 9:30H.

Este espaço formativo permitiu uma reflexão sobre as práticas, tendo decorrido em momentos de abertura e discussão. O facto de se decidir pela integração de uma metodologia ativa, possibilitou a articulação com a experiência profissional, tendo deste modo emergido a necessidade de dar continuidade ao processo formativo, pelo facto de se ter identificado outras necessidades formativas, sobretudo no âmbito da técnica da entrevista, que por questões de *timing* irá transitar para uma etapa seguinte.

Na tomada de consciência da necessidade de envolver todos os enfermeiros neste processo, procurou-se mobilizar o todo o potencial do conhecimento prático dos intervenientes como recurso para a mudança, sendo que a ação e a reflexão formaram o eixo estratégico neste processo.

A maior dificuldade na dinamização do grupo, foi precisamente manter algum equilíbrio, num contexto de diversidade manifestado pela multiplicidade de crenças e significados, pelo que a reflexão sobre as crenças dos intervenientes e suas práticas assumiram-se como um componente essencial no desenvolvimento de competências e consensualização para a mudança. Segundo Schon, citado por Sousa (2002) a reflexão é tida como meio de aprendizagem que integra a ação, e a reflexão sobre a ação possibilitando a análise reflexiva da mesma. É claro que, foi necessário centrar a resolução do problema neste contexto específico, tirando maior partido dos intervenientes que se mostraram mais motivados.

Ficou também evidente que é necessário realizar um trabalho efetivo e continuado no que respeita à capacitação e envolvimento dos profissionais, aspetos que devem alvo de um forte investimento. Por outro lado, é necessário paralelamente trabalhar com as equipas, as crenças, valores preconceitos e atitudes em relação a esta problemática, de forma a promover abordagens mais adequadas.

A grande importância que a informação tem hoje para o campo da enfermagem, é consensual. Não apenas ao que se refere às finalidades legais e éticas e quando é necessário tomar decisões clínicas, mas também no momento de optar quanto à continuidade de cuidados, à sua qualidade, à gestão à formação e à produção de conhecimento científico, e mesmo quando é necessário assumir uma posição política. Por outro lado, numa sociedade em que o capital humano parece estar numa espiral descendente no que respeita à dotação de profissionais nos serviços, por outro existe uma preocupação incessante, para demonstrar a necessidade de manter os profissionais adequados à manutenção dos níveis de saúde. Por tal, torna-se imperativo demonstrar de forma inequívoca a importância e impacto dos cuidados de enfermagem para os ganhos em saúde do cliente. Neste sentido, os sistemas de informação constituem uma base fundamental para a documentação das atividades dos enfermeiros. A contribuição dos sistemas de informação e sobretudo para inovação na intervenção de enfermagem dirigida aos indivíduos com esta problemática, não pode significar, fazer as mesmas coisas com instrumentos diferentes, mas antes fazer coisas novas alicerçadas numa visão diferente, que permita trazer conhecimento atual para a melhoria dos cuidados de saúde. É neste contexto, que a análise dos processos de mudança, toma sentido, dado que, ao se revestirem de uma complexidade nem sempre evidente, é necessário entender-se a ligação que se estabelece entre o pensar e o fazer a enfermagem. Efetivamente existe alguma dissonância entre a perceção necessária em diferentes contextos, sobre tudo nos cuidados prestados no âmbito desta problemática. A não inclusão do instrumento AUDIT na documentação dos cuidados de enfermagem na interface gráfica do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), constitui uma barreira significativa à implementação dos RIB. De facto confrontamo-nos com a insuficiência e a inadequação dos recursos informáticos necessários não só fazer face à necessidade de compreensão dos fluxos de dados e a sua transformação em informação e conhecimento, e do seu impacto nos cuidados de enfermagem, mas também para a concretização dos objetivos.

Por outro lado o valor estratégico da informação é a base para formulação de estratégias (ação), pelos decisores, para criar e inovar, possibilitando assim, a diferenciação da organização e portanto vantagem competitiva na sua área de atuação.

Considerando o anteriormente exposto e tendo em conta a importância da utilização do instrumento AUDIT na prática clínica diária dos enfermeiros, irá ser proposto a inclusão do questionário AUDIT na interface gráfica do SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), através de um pedido oficial aos órgãos de gestão da ULSAM (Unidade Local de Saúde do Alto Minho).

A implementação da equipa multidisciplinar para encaminhamento e acompanhamento das situações de consumo problemático e portanto com intervenções no âmbito da gestão da doença crónica, foi outra atividade de igual importância neste projeto, já que os efeitos das decisões corporativas constituem um benefício para os utentes. As reuniões realizadas, permitiram criar espaços de discussão e de reflexão em torno da implementação de estratégias, no sentido de potenciar sinergias, desenvolvendo desta forma um acompanhamento mais estruturado destes indivíduos/ famílias.

Durante as reuniões, foi evidente a troca de experiências entre os vários atores institucionais, que possibilitou na fase inicial recolher alguma informação relativa às ações desenvolvidas. De facto foi evidente a existência de uma articulação, embora pouco estruturada entre o CRI e os parceiros sociais, mas com pouca envolvimento dos profissionais de saúde do Centro de saúde de Caminha. Este aspeto permitiu concluir que havia a necessidade de promover uma melhor articulação entre os diferentes parceiros envolvidos, de forma a aumentar a capilaridade das diversas ações dos vários atores institucionais, no sentido de potenciar a troca de informação necessária e promover a complementaridade para evitar assim a sobreposição e a dispersão de recursos. Neste sentido a UCC teve um papel importante a desenvolver como centro articulador desta rede de apoio, promovendo uma visão mais alargada do problema, e o reconhecimento do trabalho em comum permitiu explorar e complementar os pontos fortes e as vantagens uns dos outros, ao mesmo tempo que, a associação de ideias contribuiu para a criação de sementes de inovação e sobretudo ações mais sustentadas.

A dinamização das reuniões foi feita através da técnica de debate em grupo, já que estes momentos geram fontes essenciais de conhecimento (Flick, 2005). Estes espaços/momentos foram essencialmente direcionados para a análise de processos de resolução de problemas comuns ao grupo, tendo como objetivo principal a criação de um contexto favorável às atividades do grupo.

Foram agendadas e realizadas reuniões mensais, que até ao momento permitiram tomar decisões importantes para a dinâmica do trabalho que se continuará a desenvolver, tendo em conta a complexidade do contexto.

Estas reuniões tiveram uma abordagem evolutiva no grupo de trabalho, e passou por diferentes fases que consubstanciaram a maturação da dinâmica da equipa, sendo que a primeira reunião permitiu estarmos juntos pela primeira vez e trocarmos impressões relativos a cada um de nós. Neste momento a equipa trabalha num ambiente informal e agradável que sobretudo viabiliza a discussão de aspetos importante para o funcionamento da equipa.

Através da recolha e compilação da informação dos vários elementos, foram identificadas novas questões que se tomaram objeto de discussão. As atividades que até ao momento estão a ser concretizadas são as seguintes:

- Elaboração do Manual de procedimentos (em execução)
- Criação de uma base de dados para partilha de informações referentes aos utentes/famílias com PLA
- Definição de critérios para a atribuição do gestor de caso
- Identificação de utentes com PLA
- Agendamento de uma reunião com os presidentes das juntas de freguesia, para possível colaboração no transporte dos utentes para as consultas da especialidade. (em execução)
- Referenciação para as consultas da especialidade
- Elaboração do Plano Individual de Intervenção (PII)
- Elaboração do Fluxograma de Atendimento

Os cuidados ao utente com PLA é um exemplo paradigmático de uma atividade complexa que necessita de uma abordagem multidisciplinar de trabalho de equipa, isto é, de um conjunto de profissionais distintos que trabalha com uma metodologia comum, partilhando um projeto assistencial com objetivos também eles comuns.

Neste contexto, requer-se uma dinâmica que permita a integração de saberes de cada profissional, segundo as necessidades e situações.

Dado que este projeto obedece a um modelo de intervenção integrada, a construção de um instrumento integrado de trabalho torna-se essencial. O Plano Individual de Intervenção afigura-se fundamental na dinâmica do modelo de intervenção multidisciplinar na medida em que possui inúmeras vantagens, entre elas a promoção de uma metodologia de trabalho integrado e por objetivos, a possibilidade de uma visão global e uma melhor perceção do estado real do utente, a possibilidade de uma avaliação em conjunto dos resultados das intervenções de cada profissional na evolução do utente e a responsabilização de todos os envolvidos possibilitando a partilha de informação entre os profissionais, aumentando o espírito de equipa, o nível de confiança e a comunicação interna. Desta forma promove-se a troca de ideias e informações sobre o trabalho a desenvolver, a discussão e a tomada de decisões em equipa, utilizando as diferentes competências e funções para a procura conjunta de soluções para os problemas dos utentes. Este documento será em momento apropriado, apresentado à equipe para posterior análise e sujeito às alterações que eventualmente sejam propostas. Nestas reuniões o meu papel como mestranda, foi sobretudo de mediadora nos debates e elo de ligação e de continuidade dos trabalhos. Foi essencialmente promover o debate incutindo uma dinâmica própria do grupo. Por outro lado, emergiu a necessidade no plano individual, de aprofundar mais as minhas competências na liderança eficaz das reuniões, mas sobretudo na liderança eficaz da equipa de trabalho. É claro que o saber estruturado na minha experiência conferiu-me legitimidade na minha atuação, no entanto encaro esta nova situação como um desafio, no sentido de adquirir novas competências, e quiçá enveredar por uma formação mais específica na área do *coaching*. Para a concretização da intervenção comunitária no âmbito do PNSE, está previsto a implementação do projeto “Eu e os Outros” no agrupamento de escolas do concelho de Caminha.

De acordo com o que foi referido relativamente a esta atividade, houve a necessidade de definir uma estratégia de formação para a implementação deste projeto. Assim sendo, e dado que no plano de Ação da Rede Social de Caminha estaria previsto a realização desta atividade para os profissionais da Rede Social, surgiu a possibilidade de frequentar também este curso de formação.

O plano de formação prevê uma carga horária de 27 horas de aulas teóricas e 14 horas de aplicação em contexto de sala de aula e 13 horas de acompanhamento em grupo que decorrerá no mês de setembro. Até ao momento decorreu a primeira parte do plano de formação. O plano formativo tem vindo a contribuir para a melhoria do meu desempenho, no que respeita à abordagem desta problemática junto das crianças e adolescentes. As sessões decorreram num ambiente pró-ativo, em que se preconizou o desenvolvimento de estratégias de dinâmica de grupo, o que irá contribuir qualitativamente para a melhoria das minhas competências profissionais ao nível de conhecimentos, atitudes e aptidões na abordagem desta temática.

Um projeto começa com uma pitada de sugestão, uma dose de pesquisa, principalmente sobre experiências de referência, e para finalizar muita leitura, reuniões e adequações. O imprevisto faz parte de todo o processo, e improvisar é muitas vezes a oportunidade de realizar algo sem preparação prévia, e requer é claro, muitas habilidades de gestão das emoções, tomada de decisão e muita criatividade. Penso que todo o projeto tem um retorno no futuro, pelo que, o desafio está sobretudo em dar continuidade ao que se iniciou. Neste sentido torna-se importante intensificar-se as ações e encontrar novos caminhos e novas oportunidades, manter o ânimo para validar e consolidar o que já foi realizado. Liderar é ainda um grande desafio. Gerir um projeto não consiste apenas em direcionar as pessoas e conduzir ações. É necessário desenvolver outras habilidades: saber ouvir a equipe, conhecer os seus problemas operacionais, propor alternativas e sobretudo compartilhar informação.

7. EVOLUIR NA CONTINUIDADE

É atualmente indiscutível que uma boa saúde representa um recurso importante, na medida em que beneficia todos os setores da sociedade, sendo desta forma, essencial para o desenvolvimento económico e social, constitui em simultâneo uma preocupação vital para todas as pessoas, famílias e comunidades. A evidência demonstra que qualquer crise tem efeitos potencialmente negativos sobre a saúde e o bem-estar de uma população. No contexto da crise económica e financeira que Portugal atravessa, confrontamo-nos com a necessidade de acomodar novos cortes orçamentais sendo que Serviço Nacional de Saúde não lhe está imune. No entanto, esta situação deve ser encarada também como uma oportunidade para melhorar a eficiência nos cuidados de saúde, já que ela é vista como uma necessidade absoluta. Por outro lado, acredita-se que a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde depende em grande medida das ações e decisões diárias dos profissionais de saúde, e na capacidade destes em alterar comportamentos, de forma a maximizar a saúde das populações, através de políticas de promoção da saúde e de prevenção da doença. Neste cenário, os projetos constituem instrumentos valiosos na consecução da mudança, refletindo-se na conduta das pessoas, nos padrões de comportamento e finalmente no estilo da equipe de trabalho. É claro que os projetos darão resultados se, for preservada a sua continuidade, pelo que o papel do gestor deverá ser visto como um elemento integrador em todo o processo.

A sustentabilidade de um projeto é demonstrada pela relação que o mesmo estabelece e mantém com todos os parceiros envolvidos, e cuja participação trás legitimidade à sua continuidade. Desta forma, olhamos a sustentabilidade de um projeto como um conjunto de forças (ideias, relações e recursos) que possibilitam a sua manutenção e renovação. Quando falamos em transformações organizacionais com foco na sustentabilidade, trabalhar a mudança individual e coletiva é fator decisivo, já que é compreensível que, grande parte das pessoas prefira as rotinas antigas, e tenha perceções contrárias à mudança, gerando assim uma resistência ao novo. Seja qual for o grau de mudança organizacional, cada pessoa que irá sentir os seus efeitos. São elas que em última análise, farão que as mudanças sejam um sucesso ou um fracasso.

Quando se pede às pessoas que saiam da sua zona de conforto e mudem a forma como costumam trabalhar, instala-se alguma turbulência. Todos questionam sobre as verdadeiras razões que estão por de trás da mudança. Uma das estratégias inerentes ao processo de gestão da mudança, é o de saber preservar um núcleo estável de identidade organizacional, que promova nos elementos da organização estabilidade no processo de mudança.

Neste momento, em que a problemática do consumo de álcool atinge na Europa e em Portugal proporções preocupantes, e com repercussões ao nível da diversificação e intensidade das necessidades dessas pessoas, é importante que os enfermeiros sejam chamados a ampliar a sua praxis cuidativa, trilhando caminhos de maior autonomia e responsabilidade e de maior participação no projeto de saúde das pessoas que cuidam. Esta capacitação dos profissionais de saúde deve ser norteada por projetos que possibilitem o desenvolvimento de intervenções cada vez mais baseados na evidência, para que os resultados alcançados sejam sólidos e por outro lado ampliem o seu campo de competências

Neste momento os profissionais de enfermagem estão em processo de construção e consolidação no atendimento aos utentes com consumo excessivo de álcool. De facto a partir da capacitação e sensibilização para esta problemática, acredita-se que os profissionais poderão avaliar as situações e oferecer práticas transformadoras efetivas. Desta forma, a melhoria nos processos de cuidados, contribuirá de forma significativa, para a sustentabilidade do projeto. É claro que em todo este processo, houve a necessidade de ter em conta outros constrangimentos nomeadamente ao nível interno da organização e que foram identificados anteriormente: desde o ambiente organizacional, alterações na dinâmica de trabalho até à insuficiente articulação entre as unidades funcionais. Estas situações são neste momento suscetíveis de melhoria e a estratégia que claramente está a dar resultado passa sobretudo por uma relação de proximidade já existente com os colegas, mas também por uma atitude de partilha de responsabilidades nas decisões que foram tomadas. Por outro lado a existência do elemento dinamizador, que sendo eleito no seio da equipa, tornou-se mais um elemento facilitador de todo este processo.

As reuniões que se realizaram em ambiente informal, proporcionaram momentos de reflexão mas também de descontração, constituíram espaços para analisar e dar conta da evolução das atividades, proporcionando desta forma um maior envolvimento de todos os elementos.

Cada contexto de trabalho, merece uma abordagem personalizada, quando falamos de implementação de projetos, tendo para isso em atenção que, não são os serviços que os implementam, mas sim as pessoas. Assim sendo, vincular os objetivos estratégicos com os objetivos e preocupações diárias da equipe de trabalho, torna-se numa tarefa legítima, porem desafiadora.

É opinião geral que talvez a parte mais difícil do processo de gestão de um projeto é começá-lo. Sou da opinião que gerir a sua continuidade é ainda mais difícil. Concretizada que está esta fase, não poderia deixar de me candidatar ao desafio de lhe dar continuidade. Consciente de que tal tarefa mal começou, urge agora seguir em frente partindo do que já foi realizado, para o que muito ainda há por fazer. Para o efeito, conto naturalmente com a minha experiência e com a equipe de sempre, para levar a bom porto este projeto. É este o maior desafio....

8. CONCLUSÃO

Iniciámos por fazer algumas considerações relacionadas com a problemática dos Problemas Ligados ao álcool enquanto área de atuação dos enfermeiros e na necessidade de inclusão como alvo efetivo dos cuidados de enfermagem no contexto dos cuidados de saúde primários.

O consumo excessivo de álcool tornou-se um importante fator de risco para determinadas morbimortalidades, repercutindo-se em incapacidades para as atividades e em menor tempo de vida para os seus consumidores. O uso abusivo desta substância acarreta como é reconhecido publicamente, implicações legais e danos de ordem física, mental e social e o absentismo escolar. Analisando a ênfase que se tem dado, na sociedade atual, e os vários estudos a nível nacional e internacional o tem demonstrado, faz-se necessário trabalhar com mais veemência, a questão do álcool tanto nas instituições de saúde, como nas instituições de ensino.

Sabendo-se que o estado de saúde está intimamente ligado aos estilos de vida, é necessário promover a adoção de comportamentos saudáveis, sensibilizando os indivíduos para a redução dos comportamentos mais prejudiciais para a saúde, facilitando a informação que permita a tomada de decisões autónomas e escolhas informadas de acordo com a liberdade individual.

É essencial promover um melhor conhecimento da realidade dos níveis de consumo e dos PLA nos Cuidados de Saúde Primários, pelo que é necessário lançar novos desafios, no sentido de melhorar a qualidade na deteção e intervenção de forma a delinear uma abordagem adequada aos utentes/ famílias com PLA. É consensual que, os cuidados prestados aos utentes/famílias dos CSP com esta problemática começam no reconhecimento do problema, mas é também consensual que, a aplicação de métodos de deteção, deve ocorrer em consonância com a capacidade efetiva em termos de organização dos serviços de saúde. Devo salientar que a desinformação e o aparente desinteresse inicial demonstrado por alguns profissionais em relação aos problemas decorrentes do consumo abusivo de álcool, foram percebidos durante a implementação deste projeto pelo que, a procura pela capacitação profissional neste campo de atuação é ainda incipiente.

Alguns enfermeiros não se sentem preparados para enfrentar uma clientela com problemas tão específicos, gerando um comportamento ambíguo o que certamente estaria a prejudicar a sua atuação, por não permitir que não houvesse uma percepção mais abrangente sobre a problemática.

Compete aos profissionais dos CSP a responsabilidade de identificar e intervir nas situações cujo consumo de álcool é de risco e nocivo. A deteção e as intervenções breves realizadas junto dos consumidores excessivos, proporcionam a possibilidade de educar e informar sobre os riscos destes consumos. Mas o mais importante nas intervenções, é precisamente o facto, de que as pessoas que ainda não manifestam uma dependência, poderem com a ajuda dos profissionais, reduzir ou parar os seus consumos com assistência e orientação adequada. É importante não esquecer que as intervenções no âmbito desta problemática, devem abranger ações antecipatórias que visem diminuir a probabilidade do início ou do desenvolvimento de uma determinada condição. A escola apresenta-se como um excelente espaço de atividades de prevenção do consumo de álcool, nos seus diferentes níveis. Pensamos a escola hoje não somente como um lugar de aprendizagem teórica, mas também com um espaço de vivências emocionais e sociais. A educação para a saúde constitui um recurso incontornável para ajudar/ensinar as crianças e adolescentes a desenvolverem competências que lhes permitam resistir à influência dos amigos para o envolvimento em comportamentos, que coloquem em risco a sua saúde e bem-estar. A escola deve merecer maior enfoque dos profissionais de saúde, uma vez que ela proporciona conhecimento, educação e favorece o crescimento intelectual e pessoal.

Por considerar que neste âmbito existe um conjunto de oportunidades de intervenção, e portanto um enorme desafio para os enfermeiros, estou convicta das nossas responsabilidades, e da missão de contribuir para fortalecer uma intervenção qualificada nesta problemática, e no qual o processo de cuidados, localizado aos quatro níveis de prevenção, assume-se como um processo dinâmico e contínuo, fundamentado numa abordagem colaborativa e integradora. Trabalhando no contexto dos CSP utilizando a metodologia de projeto, os enfermeiros podem identificar com rigor as necessidades em saúde, e decidir quais as intervenções que poderão dar resposta a essas mesmas necessidades, baseando-se em referenciais teóricos como instrumentos metodológicos no desenvolvimento das práticas.

Deste modo toda a transformação que daqui surge envolve uma mudança da situação atual à visão de futuro, e os profissionais são solicitados a implementar novas práticas, a adquirir novas competências com o intuito de aprimorar e melhorar os seus desempenhos e se adequar à nova realidade. Por outro lado, constituem-se como atores privilegiados das transformações organizacionais e a comprovar os resultados gerados. Não devemos esquecer que no centro de todo este processo está o cidadão e que sendo a saúde um objetivo social fulcral, estes devem participar coletiva e individualmente, no planeamento e implementação dos seus cuidados de saúde através da sua capacitação para a tomada de decisão relativamente às suas escolhas saudáveis do seu projeto de saúde.

O trabalho que é proposto realizar nos próximos três anos, não se esgota neste documento, antes será o princípio de uma longa jornada, a qual para alcançar o sucesso conta necessariamente com a participação de todos.

BILIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde, IP- **Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários**. ICPC-2-2011

AMARAL, Joana Isabel Rodrigues - **Verdades únicas de percursos partilhados: Conjugalidade e Problemas ligados ao álcool**. Porto: [s.n.], 2011. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde

ANDERSON, Peter; GUAL, Antoni; COLOM, Joan – **Álcool e cuidados de saúde primários: recomendações clínicas para a deteção e intervenções breves**. Barcelona: Departamento de saúde do Governo da Catalunha, 2005.

ANTONOVSKI, Aaron- **Health, stress and coping: new perspectives on mental and physical well-being**. San Francisco: Jossey Bass, 1979

BALSA, Casimiro; VITAL, Clara; PASCUEIRO, Liliana- **Consumo de bebidas alcoólicas em Portugal: Prevalências e padrões de consumo: 2001-2007**. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P., 2011. ISBN:978-972-9345-74-6.

BALSA, Casimiro; VITAL, Clara; URBANO, Cláudia - **III Inquérito Nacional ao Consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa: Relatório preliminar**. Lisboa: Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, 2013.

BECOÑA IGLÈSIAS, Elisardo – **Bases teóricas que sustentam los programas de prevencion de drogas**. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002. ISBN 84-8150-240-5.

CALAFAT, Amador; AMENGUAL MUNAR, Miguel – **Actuar es posible: educacion sobre el alcohol** . Espanha: Delegacion del Gobierno para el Plan Nacional sobre Droga, [s.d.]. ISBN 84-8150-205-7

Centro de Respostas Integradas de Viana do Castelo. **Diagnóstico do Território Linha do Minho**. 2011

Comissão Nacional de Rendimento Mínimo. CCNRM - **Avaliação dos impactos do Rendimento mínimo garantido: os beneficiários do RMG. Trajetórias de vida, vivências e impactos diferenciados.** 2002

COMPREENDER as Políticas da União Europeia: Saúde Pública. Luxemburgo: União Europeia, 2013. ISBN 978-92-79-24603-6

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS, Alma-Ata., 1978 - **Conferência internacional sobre cuidados de saúde primários: declaração de Alma-Ata.** Alma-Ata: [s.n.], 1978.

Conselho Local de ação Social de Caminha - **Plano de Desenvolvimento Social de Caminha.** 2013-2016

CORREIA, Ana Maria [*et al.*] - **Saúde na região norte: medir para mudar.** Porto: Centro Regional de Saúde Pública do Norte, 2005.

DIAS, Paula Cristina Sousa Serôdio - **Determinantes sociais e comportamentais do consumo de álcool.** Porto: [s.n.], 2008. Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre em Saúde Pública apresentada na Universidade do Porto.

DOWNIE, R. S.; TANNAHILL, Carol; TANNAHILL, Andrew – **Health Promotion: models and values.** Oxford: Oxford University. 2003. ISBN 978-0-19-262591-5

EDUARDES, Griffith. - **O alcoolismo e a Família.** Porto Alegre: Artes médicas, 1999

FLICK, Uwe – **Métodos qualitativos na investigação científica.** Lisboa: Monitor, 2005. ISBN 978-972-941-3674.

GOMES, C. Maria - Papel de médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários. **Revista Portuguesa de Clínica Geral.** Vol. 20, nº. 1 (2004), p. 101-18

GOULART, Flávio A. De Andrade- **Doenças crónicas não transmissíveis: estratégias de controlo e desafios para os sistemas de saúde.** Brasília: Organização Pan- América de saúde. Organização Mundial de Saúde, 2011

INSTITUTE for Health Metrics and Evaluation- **The Global burden of disease: generating evidence guiding policy.** Seattle: IHME, 2013. ISBN 978-0-9840910-6-5. 2013

LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia - **Promover a saúde: dos fundamentos à acção.** Coimbra: Ed. Almedina, 2010. ISBN 978-972-40-4399-9

MATOS, Margarida Gaspar de [*et al*] - **A Saúde dos Adolescentes Portugueses: relatório do estudo HBSC 2010.** Lisboa: Centro de Malária e outras Doenças Tropicais/IHMT/UNL, 2012. ISBN 978-989-95849-5-2.

MELLO, Maria Lucília Mercês de; BARRIAS, José; BREDAS, João - **Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal.** Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001. ISBN 972-9425-93-0

Ministério da Saúde. **Inquérito Nacional de Saúde 1998-1999**

OLIVARI MEDINA, Cecilia; URRUTIA MEDINA, Eugenia - Autoeficacia y conductas de salud. **Ciencia e enfermedad.** Vol. XIII, nº. 1 (2007), p. 9-15

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde - **Com Vista a uma estratégia global para reduzir o uso nocivo do álcool.** Genebra. OMS, 2009. Documento para discussão na reunião regional de consulta técnica sobre o uso o uso nocivo do álcool.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde - **Saúde 21: Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia.** Loures: Lusociência 2002

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud - **Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del Alcohol.** Ginebra: OMS, 2010. ISBN 978-92-4-359993-9

PLANO Nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool: 2010-2012. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, 2010

PORTUGAL. Administração Regional de saúde do Norte, I.P. - **Carga global de doença na Região Norte de Portugal.** 2011

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Direção de Serviços de Informação e Análise - **Saúde Mental em números 2013: Programa Nacional de Saúde Mental**. Lisboa: DGS, 2013

PORTUGAL. Instituto Nacional de Estatística - **Censos 2011 resultados definitivos – Região Norte**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, 2012. ISBN 978-989-25-0186-4

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Bilhete de identidade dos indicadores de monitorização dos cuidados de saúde primários**. Lisboa: Ministério da saúde 2013

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde, IP - **Mortalidade evitável: uma análise evolutiva na região norte de Portugal de 1989 até 2010**. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, IP, 2011

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Norte, IP – **Plano Regional de Saúde do Norte 2014-2016**. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, IP, [s.d.]

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Norte, IP – **Carga global de doença na região norte de Portugal**. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, IP, 2011

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Norte, IP - **Perfil local de saúde 2012: ULS Alto Minho**. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, IP, 2012

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Norte, IP – **morbilidade hospitalar: Análise dos internamentos hospitalares na região norte**. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, IP, 2013

PORTUGAL. Ministério da saúde. Direção Geral de Saúde - **Programa Nacional de Saúde Escolar: 2014**. Lisboa: DGS, 2014.

ede Social de Caminha – **Diagnóstico Social de Caminha**. 2013

REHM, Jürgen, [et. Al.]- **Alcohol Consumption, alcohol dependence and attributable burden of disease in Europe**. [s.l.]: Centre for Addiction and Mental Health ,2012. ISBN 978-1-77114-047-8

Relatório da Organização Mundial de Saúde - **Álcool na União Europeia**.2012

RIBEIRO, Cristina – A Medicina geral e familiar e a abordagem do consumo de álcool: deteção e intervenções breves no âmbito dos cuidados de saúde primários. **Acta Médica Portuguesa** 2011. Vol.24, nº. S2 (2011), p.355-368

RIBEIRO, Cristina – Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa: Qual papel para os cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**. Vol. 24, nº. 2 (2008), p. 323-29

SAKELLARIDES, Constantino [et al] – **O Futuro do Sistema de Saúde Português: Saúde 2015**. Lisboa: Observatório QCAIII. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, [s.d.]

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; LIMA, Dálberti Sciamana de- Implicações dos Modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**. Vol. 42, nº. 2 (abr.-jun. 2011), p. 168-178.

SCHULLER, Amador. **Alcohol y Enfermedad**. Madrid: EUDEMA, 1991. ISBN 84-7754-076-4

SERVIÇO de Intervenção nos Comportamentos aditivos e nas dependências- **Plano Nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020**. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos aditivos e nas dependências, 2013.

SERVIÇO de Intervenção nos comportamentos aditivos e nas dependências -**Plano Estratégico 2013-2015**. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos aditivos e nas dependências, [s.d.]

Unidade de Saúde Pública do Alto Minho. Unidade Local de Saúde do Alto Minho ,EPE – **Diagnóstico de Situação de Saúde do distrito de Viana do Castelo**.2013

WORLD Health Organization - **Global Status Report on Alcohol and health: 2014**.
Geneva: WHO, 2014. ISBN 978-92-4-069276-3

WORLD Health Organization - **Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe**.

WORLD Health Organization - **Social Determinants of health: the solid facts**. 2.º ed.
Geneva: WHO, 2003. ISBN 92-890-1371 0

WORLD Health Organization. Regional Office for Europe - **Status report on alcohol and health in 35 countries**. Geneva: WHO, 2013. ISBN 978-92-890-0008-6

WORLD Health Organization. Regional Office for Europe. - **Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches**. Geneva: WHO, 2012. ISBN 978-92-890-0246-6.

WORLD Health Organization. Discussion document on the concept and principals. **Health Promotion: Concepts and Principals, a selection of papers presented at Working Group on Concepts and Principals**. 1998

WORLD Health Organization. Regional Office for the Western Pacific. - **Regional Guidelines on Development of Health-Promoting Schools: a Framework for action**.
Manila: WHO WPRO; 1996 (Health-Promoting School, Series 5)

APÊNDICES

Eixo I

Prestação de Cuidados

Fundamentação

Os novos desafios colocados à enfermagem enquanto profissão, situam os cuidados de enfermagem ao indivíduo/família como eixo estruturante nos processos de promoção prevenção, tratamento e reinserção do indivíduo/família do indivíduo com problemas ligados ao álcool. É sabido que, em Portugal os PLA têm vindo a assumir uma gravidade crescente, amplamente comprovada. Neste contexto os CSP enquanto estruturas de proximidade ocupam uma posição privilegiada no que concerne à intervenção nesta problemática, já que estes oferecem inúmeras oportunidades para a avaliação dos hábitos de consumo de álcool, com vista à deteção e sinalização precoce de indivíduos em risco. A evidência refere que cerca de 20 % dos utentes que utilizam os CSP serão consumidores excessivos, sendo que na rotina diária estes não são diagnosticados. Deste modo a identificação do consumidor de risco e nocivo em etapas precoces diminui o risco de complicações ligadas à saúde, possibilitando que as alterações comportamentais necessárias na abordagem e no tratamento, sejam mais facilmente alcançadas para que os utentes que ainda não são dependentes possam parar ou reduzir os seus consumos.

O consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes e jovens não pode ser desenquadrado do consumo efetuado pela família e pela sociedade em geral, nomeadamente pelos adultos. Estes são, sem sombra de dúvida as primeiras referências e modelos nos padrões de consumo numa cultura como a nossa. No entanto é grande a influência exercida pelos amigos nesta fase, e a decisão de consumir bebidas alcoólicas pode vir muitas vezes da persuasão da turma. Neste sentido é fundamental a aprendizagem de habilidades interpessoais que os capacitem a serem assertivos na resolução de problemas, a defenderem os seus direitos de forma mais efetiva quando houver a pressão de outras pessoas sobretudo dos pares. Sabe-se que a interação social está dependente do desenvolvimento da criança, sendo cruciais os primeiros anos em contexto escolar, daí a importância de desenvolver intervenções no âmbito de um dos determinantes da saúde mais pertinentes no contexto dos jardins-de-infância: a saúde mental. O projeto “Passezinho”, propõe uma serie de atividades a desenvolver nos jardins-de-infância. São atividades lúdicas que associam este vetor à aprendizagem e à descoberta ativa. No que

respeita à saúde mental este projeto trabalha sobretudo as competências que permitirão uma maior consolidação e autonomia no processo de tomada de decisão em idades posteriores, sendo elas a expressão de sentimentos, o desenvolvimento de competências sociais, a promoção de atitudes corretas face à dor a expressão emocional, entre outras.

Objetivos

- Melhorar a qualidade no atendimento aos utentes com PLA
- Implementar o projeto “ Eu e os Outros” no Agrupamento de Escolas de Caminha
- Implementar o Projeto “ Passezinho” nos jardins-de-infância de Caminha
- Implementar a equipe de PLA na UCC de Caminha
- Identificar todos os utentes encaminhados para a consulta especializada

Estratégias

- Monitorização dos consumos nas consultas de rotina
- Aplicação de intervenções breves aos utentes com PLA
- Ativação do Programa “Ação contra o Alcoolismo” no sistema SAPE nos utentes com PLA
- Efetivação do projeto “Eu e os Outros” no Agrupamento de Escolas de Caminha
- Efetivação do projeto “Passezinho” nos jardins-de-infância públicos de Caminha
- Articulação do projeto “ Eu e os Outros” com o projeto “ Passezinho”
- Definição dos elementos constituintes da equipa PLA
- Construção de uma base de dados dos utentes encaminhados para a consulta especializada.

Indicadores de Execução

- Aplicação da monitorização dos consumos nas consultas de rotina até janeiro/2015
 - Aplicação das Intervenções Breves até janeiro/2015
 - Implementação do projeto “ Eu e os Outros” até dezembro/2014
 - Implementação do projeto “ Passezinho” nos jardins-de-infância públicos até dezembro de 2014
 - Definição da Equipa PLA até setembro de 2014
 - Base de dados construída até setembro/2014
-

Eixo II

Gestão e Organização

Fundamentação

O plano de monitorização e acompanhamento da implementação deste projeto, baseia-se fundamentalmente nos objetivos e indicadores preconizados para cada eixo de intervenção que constam neste plano de ação. Desta forma, facilitará a realização de uma pilotagem pró-ativa de todas as atividades, permitindo a eventual aplicação de medidas corretivas, em qualquer fase do seu planeamento. Esta monitorização será realizada pelo gestor do projeto.

Objetivos

- Desenvolver um sistema de informação e monitorização:
- √Definir dos indicadores de gestão do projeto
- √Elaborar um plano de obtenção de dados/informação decorrente do processo de implementação
- Analisar/refletir com os parceiros-chave sobre o processo e resultados do projeto
- Elaborar o Manual de Procedimentos da equipa PLA

Estratégias

- Definição dos indicadores de gestão do projeto
- Construção do plano de obtenção de dados:
- √Fonte de dados
- √Métodos de recolha de dados
- √Frequência e cronograma de recolha de dados
- √Responsável pela obtenção dos dados
- Reunião com a equipe para análise dos objetivos e metas traçados
- Construção do Manual de Procedimentos da equipa PLA

Indicadores de Execução

- Construção do plano de obtenção de dados até outubro/2014
 - Reuniões mensais
 - Existência de um diagrama de *GANTT* atualizado para visualização do progresso das ações até novembro/2014
 - Manual de Procedimentos construído até dezembro/2014
-

Eixo III

Supervisão Clínica

Fundamentação

A elaboração e implementação de projetos deve sempre prever um espaço para a aquisição de novas competências e para a inovação na prestação de cuidados, pelo que se constitui como uma via para manter processos contínuos de capacitação dos profissionais ligados à saúde, o que desde já não é tarefa fácil. A qualificação para a saúde de todos os intervenientes deste projeto, é portanto um requisito essencial para o sucesso, mas também para a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. No sentido de garantir a implementação e a consolidação de um processo de supervisão devidamente estruturado com a equipa será realizado um diagnóstico de necessidades de formação anualmente e que terá dois níveis de análise: a situação atual que terá em conta os objetivos do projeto, e a situação desejada em articulação com os pressupostos teórico-metodológicos e com as medidas de melhoria entretanto identificadas como necessárias. Desta forma se evidenciará as necessidades a serem colmatadas através da elaboração de um plano de formação adequado e com o envolvimento da equipa.

A análise do processo supervisivo subjacente à utilização dos sistemas de informação em enfermagem, torna-se também essencial no contexto da supervisão clínica. Os Sistemas de Informação e documentação de enfermagem, constituem atualmente, um meio para a produção de indicadores fiáveis da intervenção de enfermagem e por conseguinte da verificação do impacto dos mesmos nos ganhos em saúde das populações e para os processos de tomada de decisão em tempo útil. Tendo em vista a maximização do potencial dos registos electrónicos, torna-se importante promover a adequação, neste contexto do projeto, da documentação dos processos de prestação de cuidados e da produção automática de determinados indicadores.

Objetivos

- Elaborar o diagnóstico de necessidades de formação para o ano 2015
- Elaborar um plano anual de formação /2015
- Frequentar a formação no âmbito do projeto “ Eu e os Outros”.

- Elaborar um *dossier* documental sobre Problemas Ligados ao Álcool
- Assegurar a existência de um instrumento de registo dos consumos de álcool no aplicativo SAPE

Estratégias

- Elaboração diagnóstico de necessidades de formação construído e legitimado com a equipa
- Organização de grupos de trabalho para a planificação das atividades formativas
- Elaboração do plano anual de formação/ 2015
- Existência de um *dossier* documental sobre Problemas Ligados ao álcool
- Integração do instrumento de avaliação AUDIT e das Intervenções Breves nos padrões de documentação do SAPE:
 - √Reunião com o Conselho Clínico da Unidade Local de Saúde do Alto Minho
 - √- Formalização de proposta de inclusão do instrumento AUDIT e das Intervenções Breves nos padrões de documentação do SAPE, dirigido à Unidade Local de Saúde do Alto Minho até dezembro/2014
- Frequência na ação de formação “ Eu e os Outros” preconizada no plano de ação da Rede Social de Caminha

Indicadores de Execução

- Existência do diagnóstico de necessidades de formação para o ano 2015 realizado até novembro/2014
 - Existência do plano de formação até janeiro/2015
 - Existência do *dossier* até janeiro/2015 estando a análise documental concluída até novembro/2014
 - Existência de uma proposta de inclusão do AUDIT e das Intervenções Breves nos padrões de documentação do SAPE até janeiro/2015
 - Conclusão da ação de formação “Eu e os Outros até dezembro/2014
-

Cronograma de acompanhamento do desempenho dos objetivos

Eixos/Atividades	Indicadores de Execução	Responsáveis
Eixo 1: Prestação de cuidados -Monitorização dos consumos nas consultas de rotina -Aplicação das Intervenções Breves aos utentes com P.L.A. -Ativação do programa "Ação contra o alcoolismo no sistema SAPE nos utentes com P.L.A. -Efetivação do projeto "Eu e os outros" no Agrupamento de escolas de Caminha -Efetivação do projeto " Passezinho nos JI públicos de caminha -Articulação do projeto "Eu e os Outros" com o projeto "Passezinho" -Definição dos elementos constituintes da equipa P.L.A. -Construção de uma base de dados dos utentes encaminhados para a consulta especializada	-Aplicação da monitorização dos consumos nas consultas de rotina até janeiro/2015 -Aplicação das Intervenções Breves até jan/2015 -Implementação do projeto "Eu e os Outros2 até dezembro/2014 -Implementação do projeto "Passezinho" nos JI públicos ate dezembro/2014 -Definição da equipa P.L.A até setembro/2014 - Base de dados construída até setembro/2014	Enfs

EIXO/ Atividades	Indicadores de Execução	Responsáveis
Eixo 2: Gestão e Organização		
- Definição dos indicadores de gestão do projeto	- Construção do plano de obtenção de dados até outubro/2014	
- Construção do plano de obtenção de dados	- Existência de um diagrama de GANTT atualizado para visualização do progresso das atividades construído até novembro/2014	
- Reuniões com a equipe para análise dos objetivos/ metas traçados	- Reuniões mensais	
- Construção do Manual de Procedimentos da equipe PLA	-Manual de Procedimentos construído até dezembro/2014	
Atividade 3: Supervisão Clínica		
-Elaboração do diagnóstico de necessidades de formação construído e legitimado com a equipa	- Existência do diagnóstico de necessidades de formação para o ano 2015 até novembro/2014	
-Organização de grupos de trabalho para planificação das atividades formativas	-Existência do plano de formação até janeiro/2015	
-Elaboração do plano anual de formação/2015	-Existência do dossier até janeiro/2015 estando a análise documental concluída até novembro/2014	
-Existência de um dossier documental sobre PLA		
-Integração do instrumento AUDIT e das Intervenções Breves nos padrões de documentação SAPE	-Existência de uma proposta de inclusão do AUDIT e das Intervenções Breves nos padrões de documentação do SAPE até janeiro/2015	
- Frequência na ação de formação “Eu e os Outros” preconizada pela Rede Social de Caminha	-Conclusão da ação de formação “Eu e os Outros” até dezembro/2014	

Indicadores – Chave de Monitorização e Avaliação 2014-2016

OBJETIVO	INDICADOR	FONTE	HISTÓRICO	META	RESULTADO			PERÍODO CIDADE	OBS
					2014	2015	2016		
Identificar os indivíduos com o programa “Ação contra o alcoolismo” ativado	Percentagem de indivíduos com o programa “Ação contra o alcoolismo” ativado	SAPE	-	Aumentar Em 50 % Até 2015				Semestral	
	$\frac{\text{Nº de indivíduos com programa "Ação contra o Alcoolismo X 100}}{\text{Nº total de inscritos com diagnóstico médico de "abuso agudo/crónico de álcool"}}$								
Identificar os indivíduos com o fenómeno “uso de álcool” ativado	Percentagem de indivíduos com o fenómeno “uso de álcool” ativado	MIM@U F ULS Alto Minho	-	Aumentar Em 50% Até 2015				Semestral	
	$\frac{\text{Nº de indivíduos com o fenómeno " uso de álcool" X100}}{\text{Nº total de inscritos}}$								
Monitorizar o consumo de álcool nos indivíduos com diagnóstico de “ uso de álcool”	Percentagem de inscritos com monitorização do consumo de álcool	MIM@U F ULS Alto Minho	-	Aumentar em 50% Até 2015				Semestral	
	$\frac{\text{Nº de indivíduos com a aplicação do AUDIT " X100}}{\text{Nº total de indivíduos com diagnóstico de " Uso de álcool"}}$								

Aumentar o número de intervenções associadas aos PLA	Percentagem de Intervenções Breves prescritas aos indivíduos com PLA <u>Nº de indivíduos com Intervenções Breves X100</u> Nº total de inscritos com programa “ Ação contra o alcoolismo” ativado	MIM@U F ULS Alto Minho	-	Aumentar Em 50% Até 2015			Semestral	
	Identificar os indivíduos com processo clínico no CRI	Percentagem de indivíduos referenciados para o CRI <u>Nº de indivíduos referenciados para o CRI X100</u> Nº de indivíduos com o diagnóstico de “ uso de álcool”	CRI	-	Aumentar em 40% até 2015		Anual	
		Percentagem de indivíduos que mantém a adesão ao tratamento instituído pelo CRI <u>Nº de indivíduos com manutenção do tratamento X100</u> Nº total de indivíduos referenciados para o CRI	CRI	-	Aumentar em 60% até 2015		Anual	

Indicadores – Chave de Monitorização e Avaliação 2014-2016

OBJETIVO	INDICADOR	FONTE	HISTÓRICO	META	RESULTADO			PERÍODO CIDADE	OBS
					2014	2015	2016		
Implementar o projeto “Eu e os Outros” no 2º CEB do Agrupamento de escolas de Caminha	Percentagem de escolas do 2ºCEB abrangidas pelo projeto $\frac{\text{Nº de escolas do 2º CEB com projeto implementado}}{\text{Nº total de escolas do 2º CEB do agrupamento de escolas de Caminha}} \times 100$	UCC	-	Aumentar em 50 % Até 2015				Anual	
	Percentagem de alunos do 6º ano abrangidos pelo projeto $\frac{\text{Nº total de alunos inscritos no 6º ano}}{\text{Total de alunos do 6º ano matriculados}} \times 100$	UCC	-	Aumentar em 50% Até 2015				Anual	
	Percentagem de alunos do 5º ano abrangidos pelo projeto $\frac{\text{Nº total de alunos matriculados no 5º ano com o projeto}}{\text{Nº Total de alunos do 5º ano matriculados}} \times 100$	UCC	-	Aumentar em 50 % Até 2015				Anual	

ANEXOS

Construção do Plano Individual de intervenção

IDENTIFICAÇÃO DO UTENTE

NOME:	MORADA:	CONTACTO:
-------	---------	-----------

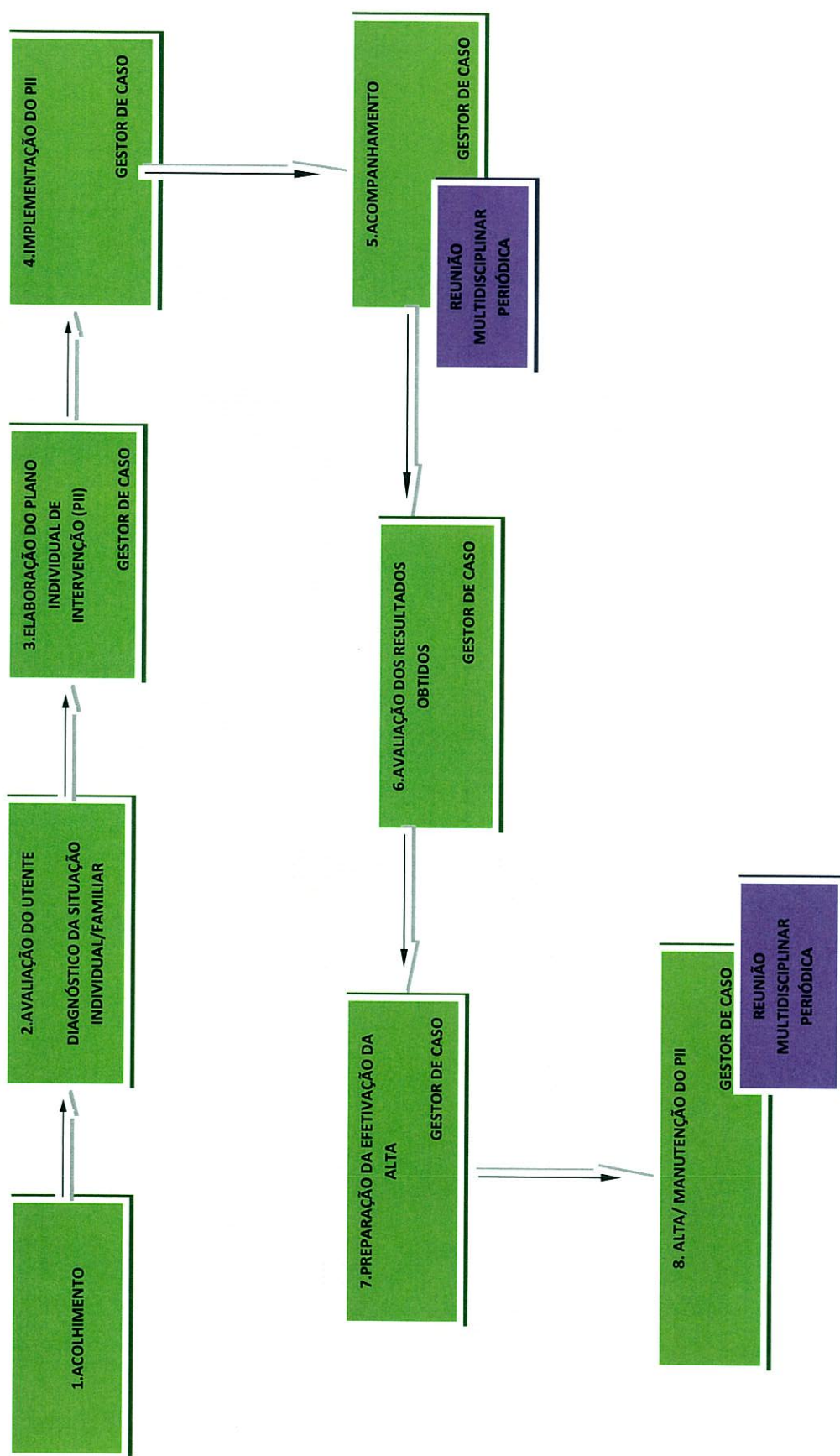
PLANO INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO (PII)

DATA DE ADMISSÃO:	ORIGEM:	PERÍODO DO PII
-------------------	---------	----------------

ÁREA PROFISSIONAL	NECESSIDADES	OBJETIVOS	FREQUÊNCIA DE VISITAS	AValiação	COMPROMISSOS ESTABELECIDOS FACE AO PLANO DE CUIDADOS
ENFERMAGEM					PRESTADOR/UTENTE:

SOCIAL

FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO



Plano do Processo Formativo

Conteúdos desenvolvidos	Tempo	Metodologia/ Meios auxiliares	Formadores
1ª Sessão- Os Problemas Ligados ao Alcool O Impacto do consumo de álcool na carga global de doença Os Modelos explicativos do consumo de álcool	1:30H	Expositiva: - <i>Microsoft Power Point</i>	-Responsável pelo projeto -Enfª Hália Rocha
2ª Sessão- A Saúde e o Consumo de Alcool Mecanismo de ação do álcool no organismo Consequências a curto e a longo prazo	1:30H	Expositiva: - <i>Microsoft Power Point</i> Interrogativa	-Responsável pelo projeto -Enfª Hália Rocha
3ª Sessão- Caracterização e classificação dos consumos Conceito de bebida padrão Consumo de baixo risco; consumo de risco; consumo nocivo e dependência alcoólica	1:30H	Expositiva: - <i>Microsoft Power Point</i> Ativa: Discussão de grupo	-Responsável pelo projeto -Enfª Hália Rocha
4ª Sessão- O instrumento de rastreio-AUDIT	1:30H	Expositiva: - <i>Microsoft Power Point</i> Ativa: Discussão de grupo	-Responsável pelo projeto -Enfª Hália Rocha
5ª Sessão- Intervenções Breves Conceito de intervenção breve Entrevista motivacional	1:30H	Expositiva: - <i>Microsoft Power Point</i> Ativa: Discussão de grupo	-Responsável pelo projeto -Enfª Hália Rocha

Modelo do ciclo de mudança (Prochaska e DiClemente)				
6ª Sessão- Referência nas situações de dependência	I H	Expositiva: - <i>Microsoft Power Point</i>	-Responsável pelo projeto -Enfª Hália Rocha	
7ª Sessão- O contributo dos SIE Apresentação e discussão de casos práticos	IH	Expositiva: - <i>Microsoft Power Point</i> Ativa: Discussão de grupo	Responsável pelo projeto -Enfª Hália Rocha	