

Curso de Mestrado em Enfermagem

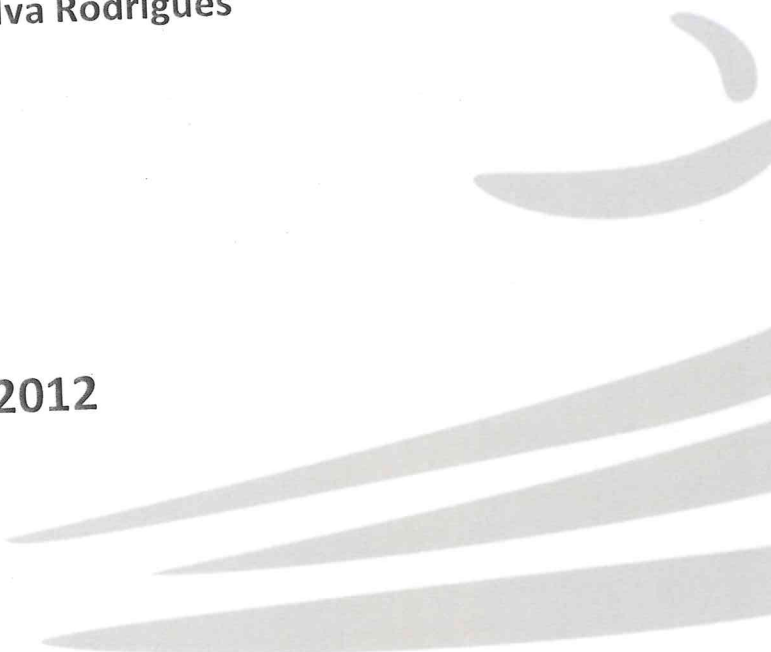
Área de Especialização

**EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA**

**CLIENTES EM PROGRAMA DE TRATAMENTO DE
AGONISTA OPIÁCEO: ESTRATÉGIAS DE ADESÃO
TERAPÊUTICA A DESENVOLVER PARA A REDUÇÃO
DO CONSUMO DE ÁLCOOL**

Alcides Silva Rodrigues

2012



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

**EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E
PSIQUIÁTRICA**

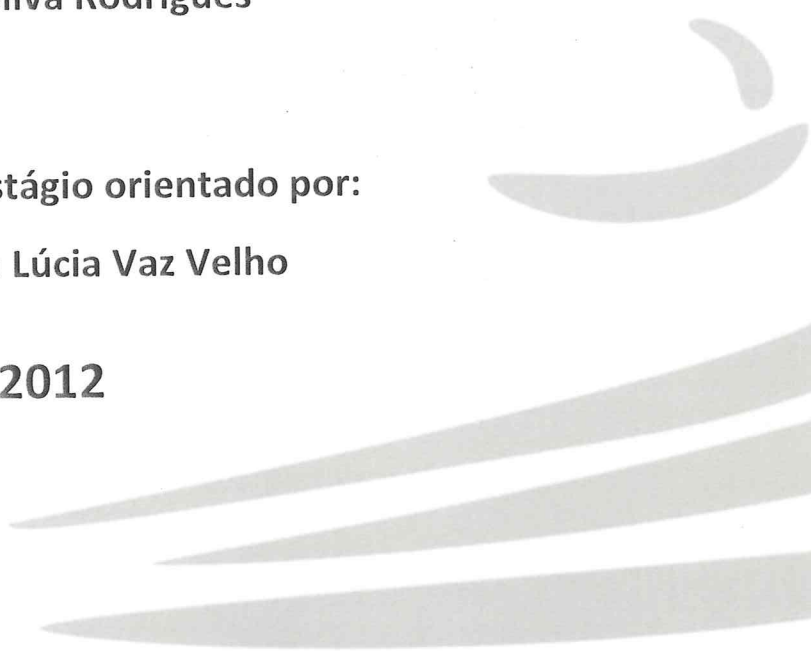
**CLIENTES EM PROGRAMA DE TRATAMENTO DE
AGONISTA OPIÁCEO: ESTRATÉGIAS DE ADEÇÃO
TERAPÊUTICA A DESENVOLVER PARA A REDUÇÃO
DO CONSUMO DE ÁLCOOL**

Alcides Silva Rodrigues

Relatório de estágio orientado por:

Professora Lúcia Vaz Velho

2012



RESUMO

Neste documento elaborado em resultado do estágio curricular em saúde mental descrevem-se e analisam-se um conjunto de intervenções especializadas em enfermagem, estruturadas para a promoção da adesão ao projeto terapêutico da pessoa com adição. Esta experiência desenvolveu-se em dois contextos clínicos de Saúde Mental e Psiquiatria, na vertente hospitalar e na vertente comunitária, em instituições pertencentes ao Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

Vários estudos sugerem que entre as pessoas integradas no programa de tratamento de agonista opiáceo com metadona, algumas mantêm consumos de substâncias lícitas e ilícitas, destacando-se como uma das de maior consumo, o álcool. Assim, torna-se pertinente analisar e investigar intervenções e estratégias que possam ajudar na redução do consumo desta substância nos clientes em tratamento com Metadona.

Na prática clínica diária, os lapsos as recaídas e os reinternamentos estão, na sua maioria, relacionadas com a não "adesão ao regime terapêutico", provocando uma rutura na vida quotidiana do cliente. Neste contexto, as intervenções a implementar pressupõem ajudar a pessoa com consumos de substâncias a aderir ao projeto terapêutico, promovendo assim o desenvolvimento de fatores protetores de saúde mental.

O enfermeiro especialista em saúde mental ajuda a pessoa através do seu *empowerment* a recuperar e/ou a manter o equilíbrio do seu sistema, através da identificação de fatores de risco e prevenção do agravamento da situação, da redução dos efeitos dos stressores quando já estão instalados e da promoção da adesão ao projeto terapêutico.

As intervenções planeadas têm como objetivo manter a abstinência, através do desenvolvimento da auto-consciencialização da sua situação de dependência alcoólica enquanto problema de saúde, fomentar a mudança de padrões de comportamento no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis e fornecer aos clientes informação clara sobre o tratamento com o antagonista/aversivo do álcool - *Tetradin*, como fármaco principal do projeto terapêutico.

As ações desenvolvidas durante este estágio permitiram adquirir competências ao nível do planeamento, realização e implementação, de modo mais eficaz e adequado, das intervenções socioterapêuticas e psicoterapêuticas. As técnicas desenvolvidas consubstanciaram-se na introdução de jogos terapêuticos, na utilização de técnicas de relaxamento e de entrevistas, tendo por base a relação de ajuda para a promoção da adesão. Estas atividades visam o aperfeiçoamento de estratégias de comunicação terapêutica e a ampliação da capacidade reflexiva.

Palavras - chave: Enfermagem, Pessoa com Adição; Adesão ao projeto terapêutico; Estratégias de coping; Tetradin.

ABSTRACT

This document, an academic report of a professional experience in mental health, describes and analyses a set of structured approaches in specialist nurse intervention, to promote adherence to a therapeutic plan for substance misuse clients. This experience was developed in two clinical settings of Mental Health and Psychiatry - part in a hospital and part in the community - in institutions belonging to the Institute for Drugs and Drug Addition (IDT).

Several studies suggest that among people in a treatment program of opiate agonist methadone; maintain the use of licit and illicit substances, especially the use of alcohol, one of the most widely used substances. It becomes relevant to analyse and investigate interventions and strategies that can help reducing the use of this substance in this type of clients.

In clinical practice, the lapses, relapses and the readmissions are mainly due to inefficiencies in adherence to treatment plans, causing significant disturbs in the client daily routine. In this context, nursing interventions should help the substance misuse client to adhere therapeutic project, promoting at the same time the development of protection factors for mental health.

The nurse specialist in mental health helps people through their empowerment to recover and / or maintain the balance of their system, by identifying risk factors and preventing worsening situations, reducing the effects of stress, when they are already installed, and promoting adherence to the therapeutic plan.

The main objective of the planned interventions is maintain abstinence by developing self-awareness of its state of alcohol dependence as a health issue, promoting change in standards of behaviour towards healthy lifestyles and providing clients with specific information on treatment with the antagonist / aversive alcohol – Tetradin, as main drug of the therapeutic project.

The actions undertaken during this experience allowed acquiring skills in planning and in the realization and implementation of more effective and appropriate psychotherapeutic and social therapeutic interventions. The techniques developed, namely the introduction of therapeutic games, the use of relaxation techniques and interviews, were based on strengthened the aid relationship to increase treatment adherence. These activities aims have been to improve treatment communication strategies and to expand the capacity for reflection.

Key - words: Nursing; Substance Misuse Client; Adherence to Therapeutic Project; Coping Strategies; Tetradin.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. PERCURSO FORMATIVO CENTRADO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	9
3. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA COMO INSTRUMENTO DE BOAS PRÁTICAS EM CONTEXTO CLÍNICO.....	12
4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
4.1. Modelo conceptual de sistemas de saúde de Betty Neuman como corpo de conhecimento científico relevante da profissão.....	13
4.2. Álcool uma temática global.....	15
4.3. Recaída.....	17
4.4. O Programa de Tratamento de Agonista Opiáceo (PTAO) com Metadona.....	19
4.5. Adesão Terapêutica.....	20
5. REFLEXÃO CRÍTICA E FUNDAMENTADA DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS.....	26
5.1. Unidade Alcoologia de Lisboa (UAL).....	28
5.2. Equipa de Tratamento do Barreiro (ETB).....	40
6. EXPERIÊNCIAS EXTRACURRICULARES RELEVANTES NO DECORRER DO PROCESSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	48
7. PERSPECTIVAS FUTURAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I – RESUMO DOS ARTIGOS

ANEXO II – GUIÃO DE ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO

ANEXO III – SESSÕES PSICOEDUCATIVAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - TETRADIN

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO

ANEXO V – AVALIAÇÃO DA 1ª SESSÃO

ANEXO VI – CHECK LIST

ANEXO VII – AVALIAÇÃO DA 2ª SESSÃO

ANEXO VIII – CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO IX – JOGO DA APRESENTAÇÃO

ANEXO X – RELAXAMENTO TERAPÊUTICO

ANEXO XI – TREINO DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO

ANEXO XII – STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI - Y)

ANEXO XIII – QUADRO RESUMO DOS DADOS OBTIDOS DURANTE AS SESSÕES

ANEXO XIV – INFORMAÇÃO SOBRE O TETRADIN

ANEXO XV – XXIII - 14º CURSO DE FORMAÇÃO EM ALCOOLOGIA

ANEXO XVI – XXIV ENCONTRO DAS TAIPAS

ANEXO XVII – POSTER

APÊNDICE I – POWERPOINT DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA - TETRADIN - 1ª

APÊNDICE II – POWERPOINT DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA - TETRADIN - 2ª

APÊNDICE III – AVALIAÇÕES DOS ESTÁGIOS

APÊNDICE IV – ARTIGO "ENTREVISTA MOTIVACIONAL"

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO.....	5
2. PERCURSO FORMATIVO CENTRADO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	9
3. PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA COMO INSTRUMENTO DE BOAS PRÁTICAS EM CONTEXTO CLÍNICO.....	12
4. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	13
4.1. Modelo conceptual de sistemas de saúde de Betty Neuman como corpo de conhecimento científico relevante da profissão.....	13
4.2. Álcool uma temática global.....	15
4.3. Recaída.....	17
4.4. O Programa de Tratamento de Agonista Opiáceo (PTAO) com Metadona.....	19
4.5. Adesão Terapêutica.....	20
5. REFLEXÃO CRÍTICA E FUNDAMENTADA DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS.....	26
5.1. Unidade Alcoologia de Lisboa (UAL).....	28
5.2. Equipa de Tratamento do Barreiro (ETB).....	40
6. EXPERIÊNCIAS EXTRACURRICULARES RELEVANTES NO DECORRER DO PROCESSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	48
7. PERSPECTIVAS FUTURAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO I – RESUMO DOS ARTIGOS

ANEXO II – GUIÃO DE ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO

ANEXO III – SESSÕES PSICOEDUCATIVAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - TETRADIN

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO

ANEXO V – AVALIAÇÃO DA 1ª SESSÃO

ANEXO VI – CHECK LIST

ANEXO VII – AVALIAÇÃO DA 2ª SESSÃO

ANEXO VIII – CONSENTIMENTO INFORMADO

ANEXO IX – JOGO DA APRESENTAÇÃO

ANEXO X – RELAXAMENTO TERAPÊUTICO

ANEXO XI – TREINO DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO

ANEXO XII – STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI - Y)

ANEXO XIII – QUADRO RESUMO DOS DADOS OBTIDOS DURANTE AS SESSÕES

ANEXO XIV – INFORMAÇÃO SOBRE O TETRADIN

ANEXO XV – XXIII - 14º CURSO DE FORMAÇÃO EM ALCOOLOGIA

ANEXO XVI – XXIV ENCONTRO DAS TAIPAS

ANEXO XVII – POSTER

APÊNDICE I – POWERPOINT DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA - TETRADIN - 1ª

APÊNDICE II – POWERPOINT DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA - TETRADIN - 2ª

APÊNDICE III – AVALIAÇÕES DOS ESTÁGIOS

APÊNDICE IV – ARTIGO "ENTREVISTA MOTIVACIONAL"

1. - INTRODUÇÃO

A evolução na enfermagem tem ocorrido em contextos vários de mudanças socioculturais, filosóficas, económicas, políticas e tecnológicas. O seu desenvolvimento tem uma base própria e exclusiva de conhecimento. Neste sentido, cada vez é mais frequente encontrarmos o reconhecimento de outras áreas do saber na procura e utilização de modelos, teorias e conceitos específicos da nossa disciplina como contributo importante para construção e análise de trabalhos da sua área. Ao mesmo tempo a elaboração de trabalhos, teses de mestrado e doutoramento e a investigação têm consequente vindo cada vez mais a alicerçar cientificamente a autonomia da profissão da disciplina.

Numa leitura histórica da enfermagem, podemos afirmar que a preocupação de um conhecimento científico da profissão nasceu com Florence Nightingale, foi pioneira nesta abordagem da enfermagem e inspiradora para o desenvolvimento de outras teorias que se lhe seguiram. Os diferentes modelos teóricos sobre a disciplina e profissão de enfermagem são resultado das circunstâncias que têm acompanhado a evolução da ciência e da própria enfermagem ao longo da história e, por essa via, devem ser entendidos como complementares a uma lógica de prática clínica em que a sua verdadeira essência emerge da intervenção com o outro.

Os problemas de saúde mental constituem atualmente a principal causa de incapacidade e uma das mais importantes causas de morbilidade na nossa sociedade. (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, de 6 de Março).

Estes pressupostos, (*disciplina de enfermagem / sustentação científica / visibilidade / e morbilidade em saúde mental da sociedade*), sustentam a elaboração deste relatório de estágio no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Este estágio revestiu-se de crucial importância, na medida em que o mesmo permitiu desenvolver, aprofundar e consolidar conhecimentos e competências numa perspetiva de desenvolvimento pessoal e profissional, incorporando a metodologia pedagógica de formação/ação. Efectuei pesquisa bibliográfica necessária ao aprofundando dos conhecimentos teóricos e ao desenvolvimento das competências necessárias nas intervenções terapêuticas, para a promoção da adesão ao tratamento em pessoas com comportamentos aditivos de consumo de álcool e simultaneamente em tratamento com agonista opiáceo (metadona).

Esta problemática está na origem de comportamentos sociais desajustados, aumento dos níveis de delinquência, observados não só nos grupos etários mais jovens, mas que assumem um cariz transversal a toda a sociedade.

A nível internacional o álcool causa anualmente 1,8 milhões de mortes (3,2% do total) e a perda de 58,3 milhões (4% do total) de Anos de Vida Ajustados por Incapacidade (DALY)¹ no Mundo (OMS, 2005).

Segundo a hepatologista inglesa Sheila Scherlock, de referência nesta área, o álcool é a droga mais deletéria do mundo ocidental, mais que a heroína, a cocaína, a ecstasy e outras (WHO, 2011)².

Existem alguns estudos que parecem sugerir que algumas das pessoas integradas no Programa de Tratamento de Agonista Opiáceo (PTAO) com metadona mantêm alguns consumos de substâncias lícitas e ilícitas. Nestas substâncias destaca-se o consumo abusivo de álcool como uma das substâncias de maior consumo, de acordo com vários estudos realizados (Torres & Rodrigues 2007, Escudeiro et al 2007, Henriques & Paixão 2009, OEDT, 2010), é pertinente analisar e investigar intervenções que possam ajudar na redução do consumo nocivo de álcool.

Por outro lado a falta de adesão ao regime terapêutico está sinalizado como a principal causa de recaídas e reinternamentos. Existe um risco de recaída até 100% para os clientes que interrompem o tratamento farmacológico (Paz e Bennasar, 2007).

Num cenário de adição com conjugação de substâncias psicoativas, o prestador de cuidados tem um papel preponderante na adesão terapêutica, na consciencialização do cliente sobre o tratamento e as possíveis diversas interações. A intervenção do enfermeiro é centrada no cuidar e no ajudar o cliente a atingir o equilíbrio e o bem-estar, tendo sempre presente que este objetivo pode passar, dependendo da fase em que o cliente se encontra, apenas por uma diminuição dos consumos.

Neste âmbito, este estágio permitiu a vivência de diversas experiências, essencialmente na área de alcoologia, possibilitando o desenvolvimento de intervenções especializadas em enfermagem e estruturadas para a promoção da adesão ao regime terapêutico, sob a supervisão de profissionais especializados e com larga experiência nesta área, que possibilitaram o cumprimento dos objetivos a que me propus no projeto.

Este relatório reflete as intervenções executadas para o cumprimento dos objetivos que se pretendia alcançar na fase do projeto e as dificuldades sentidas na sua efetivação, muitas vezes condicionada pela alteração das realidades percebidas. Espelha os objetivos que foram atingidos, as competências desenvolvidas numa relação terapêutica com o cliente e família e a avaliação das intervenções, dando a conhecer um percurso intenso em que se pretendeu que fosse continuamente

¹ Os DALY (DisabilityAdjustedLifeYearsLost) são uma medida comum de avaliação da carga de doença. Esta medida associa mortalidade em termos de anos perdidos (YLL- yearsoflivelost) por morte prematura com morbilidade em termos de anos de vida vividos com incapacidade (YLD – yearsofliveindisability) e mede a severidade da doença e a sua duração (OMS, 2005).

² World Health Organization. Global status report on alcoholic and health. Geneva: WHO, 2011.

reflexivo, construído e fundamentado do ponto de vista científico no conjunto de conhecimentos e nas competências desenvolvidas em cuidados de enfermagem especializados.

Este estágio, tal como planeado na fase de projeto, foi realizado em duas unidades diferenciadas de prestação de cuidados na área da saúde mental, ambas pertencentes ao Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT).

Unidade de Alcoologia de Lisboa (UAL - vertente hospitalar) - Desenvolvimento da primeira parte do estágio, que de acordo com o plano previamente definido, incorporou o maior número de horas previstas para esta fase. Foi primordial para a escolha desta unidade, a área temática do projeto (**Clientes em Programa de Tratamento de Agonista Opiáceo: Estratégias de Adesão Terapêutica a desenvolver para a Redução do Consumo de Álcool**) e a complementaridade das intervenções de enfermagem, numa perspetiva teórico-prática, face à minha área de prestação de cuidados. A missão desta unidade, de prestar cuidados integrados e globais, em regime ambulatorio ou de internamento, a clientes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, está relacionada com os destinatários das intervenções que constituíam a população-alvo para o desenvolvimento do projeto.

Equipa de Tratamento do Barreiro (ET Barreiro-vertente comunitária) - A segunda parte do estágio desenvolveu-se numa perspetiva de intervenção directa na comunidade, em que é intensificado o papel do enfermeiro na promoção da saúde. As experiencias vivenciadas, no seio de uma equipa multidisciplinar, e as intervenções desenvolvidas e observadas referentes ao processo da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, contribuíram para o desenvolvimento de competências inerentes à condição de perito na área de especialização em enfermagem de saúde mental (ESM).

Os objetivos gerais relativos à promoção da adesão terapêutica foram atingidos, pese embora as intervenções desenvolvidas não tivessem privilegiado os clientes com conjugação de patologia alcoólica e em PTAO, já que as realidades observadas durante os estágios desenvolvidos foram insuficientes nesta vertente que não permitiram a constituição de grupos homogêneos nessa área.

Os ganhos pessoais e profissionais foram muito significativos, sob os vários aspetos que concorrem para a formação de um enfermeiro de cuidados especializados. Se por um lado, o desenvolvimento de competências relacionais enriqueceu a vertente pessoal permitindo o aperfeiçoamento enquanto ser em relação com o outro numa perspetiva de ajuda, por outro lado, o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e pedagógicas permitiu um crescimento profissional, sendo que a conjugação de ambas as vertentes concorreram para o desenvolvimento das minhas competências enquanto enfermeiro de cuidados especializados em saúde mental. O percurso efetuado concorreu decisivamente para a construção dessa mesma identidade pois as

relações que são estabelecidas entre a imagem e a profissão ressaltam sempre nas narrativas de vida (Josso, 1991).

Saliente-se ainda como mais-valia, a possibilidade de conhecer objetivamente a realidade das missões e estratégias de intervenção, quer na UAL, quer na ET Barreiro, que possibilitaram a realização de forma mais sistematizada de algumas estratégias de intervenção previstas na fase de projeto. Tal como poderemos constatar ao longo deste relatório que pretende dar a conhecer todas as ações desenvolvidas nas referidas unidades.

Após um percurso profissional de cerca de vinte anos, maioritariamente desenvolvido na área das dependências, é fundamental uma sólida formação que contribua para a melhoria das competências na prestação de cuidados e para a qual contribuiu o Curso de Mestrado em Enfermagem. A reflexão crítica sobre uma experiência de vida profissional aliada à aquisição de novas experiências no decorrer do curso de especialização permite uma visão mais ampla do exercício profissional, suportada numa prática clínica baseada em evidência científica, contribuindo para uma significativa melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem, particularmente nesta área de especialização.

Este percurso de aprendizagem surge descrito ao longo do corpo do relatório, e está organizado em vários capítulos e subcapítulos: Inicialmente descreve-se o enquadramento teórico, onde serão abordados os conceitos e autores de referência, bem como o enquadramento da problemática do álcool, da recaída, do programa de tratamento de agonista opiáceo - com metadona e da adesão à terapêutica. Posteriormente, serão descritas as atividades desenvolvidas e processos de trabalhos utilizados. Seguindo-se a análise dos resultados obtidos com o desenvolvimento das intervenções e perspetivas futuras, na qual se reflete sobre o percurso de aprendizagem e das competências adquiridas. Por último, referencia-se a bibliografia utilizada e apresentam-se os anexos e apêndices que completam as ações desenvolvidas ao longo do estágio.

2. – PERCURSO FORMATIVO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Benner (2001), na obra, “De Iniciado a Perito”, que sustenta em Dreyfus e Dreyfus (1980), as reflexões apresentadas, descreve um modelo de evolução e desenvolvimento de competências estruturado em cinco estádios (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito). Esta construção evolutiva de aquisição de competências é referida por (PHANEUF, 2005, p. 4), que apresenta ainda a definição de competência clínica em enfermagem como:

"um conjunto integrado que supõe a mobilização das capacidades cognitivas e sócio-afectivas da enfermeira, de saberes teóricos, organizacionais e procedimentos, tanto como habilidades técnicas e relacionais aplicadas a situações de cuidados, o que lhe permite exercer a sua função ao nível da excelência".

Este enquadramento teórico esteve na base do caminho que fui traçando ao longo da minha formação em especialista em ESM, no sentido de melhorar competências já desenvolvidas ou adquirir novas, sempre numa perspetiva teórico/prática, com o intuito de melhorar a prestação de cuidados à pessoa com perturbação aditiva e sua família.

Segundo o Regulamento n.º 129/2011 -"Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental",

"os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam."

Assim, o especialista em ESM necessita de desenvolver competências para estar habilitado a prestar cuidados de enfermagem especializados no âmbito da promoção da saúde mental do indivíduo: - ajudando-o a recuperar ao longo do ciclo de vida, integrado na família, grupos e comunidade; - mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; - desenvolvendo programas de reabilitação e reinserção individual e socioprofissional; - participando ativamente nos processos de mudança; - promovendo em simultâneo e continuamente, investigação nessa área de intervenção.

As intervenções do EESM no tratamento das pessoas com doença mental, têm sempre subjacente o dar a resposta adequada à pessoa doente e família face aos problemas específicos relacionados com a sua patologia, (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc.).

Nestes termos o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em ESM permitiu o desenvolvimento do autoconhecimento e promoveu a aquisição de várias competências, designadamente na área do tratamento das pessoas com adição, sempre numa perspetiva de crescimento pessoal e profissional.

Nesta perspetiva, e segundo (FLEURY e FLEURY, 2000, p. 185)

"o conceito de competência é pensado como conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é conjunto de capacidades humanas) que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas. Em outras palavras, a competência é percebida como estoque de recursos, que o indivíduo detém".

Segundo (ALARCÃO, 2001, p. 54), ser competente é ser possuidor de um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, objetivos e atitudes que se revelam nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias. O termo competência é frequentemente utilizado, mas nem sempre com precisão: o senso comum utiliza-o para designar “bons trabalhadores”; tornou-se palavra-chave da gestão de recursos humanos, sinónimo de modernidade e performance sócio-económica e é utilizada nos discursos conjuntamente com outras noções como conhecimentos, capacidades, atitudes e comportamentos ou equivalente a saber-fazer.

O enfermeiro especialista em ESM deve, assim, promover as suas competências segundo os padrões aprovados pela Ordem dos Enfermeiros e que foram publicados no Diário da República – II Série Nº 35, de 18 de Fevereiro de 2011, e que seguidamente se enumeram:

“a) Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;

b) Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;

c) Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;

d) Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”.

Após a descrição das competências do Enfermeiro Especialista e tendo como pressuposto que o seu desenvolvimento deve ser acompanhado por uma reflexão das práticas clínicas como refere (Jack, 2008), revelando-nos que a prática reflexiva relacionada com o autoconhecimento favorece o desenvolvimento de competências para maior segurança e conforto no estabelecimento de uma relação terapêutica, é minha convicção que este percurso formativo deverá ter contribuído

para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem especializadas, com elevada qualidade, baseadas em evidência científica, de acordo com as competências inerentes ao conteúdo funcional do enfermeiro especialista em ESM.

O conceito de competência associado à estratégia e à aprendizagem, com todo o seu potencial heurístico, agrega valor social ao indivíduo, ou seja, as pessoas, ao desenvolverem competências estão também a investir em si mesmas, sob uma perspectiva pessoal e profissional privilegiando os processos auto-reflexivos.

Tendo consciência de que o nível atual certamente é discutível, porém, é certo que a competência de perito é o objetivo que se pretende alcançar no final deste percurso formativo.

3. - A PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA COMO INSTRUMENTO DE BOAS PRÁTICAS EM SITUAÇÃO DE CONTEXTO CLÍNICO

O percurso de formação efetuado ao longo deste curso em geral e no estágio em particular permitiu compreender a importância da prática baseada na evidência científica.

O enfermeiro precisará de estar habilitado para efetuar a pesquisa uma vez que esta contribui para a produção e validação do conhecimento, no entanto há necessidade de paralelamente desenvolver também uma visão crítica e responsável que lhe permita ter o distanciamento específico dos contextos.

A prática baseada na evidência é facilitadora da formação e consequente actualização e progresso dos profissionais de saúde, ajuda a rendibilização dos dados de vários estudos de qualidade metodológica sobre um determinado tema, num único estudo, o que a torna uma ferramenta útil do processo de trabalho do enfermeiro. Pode-se afirmar que a utilização desta metodologia de pesquisa é necessária ser reconhecida para identificar, avaliar e aplicar e ou reforçar os procedimentos mais adequados à prática.

Nesse sentido, e além da pesquisa bibliográfica exaustiva atrás referenciada, foi ainda realizada uma revisão sistemática de literatura, utilizando como recurso as bases de dados eletrónicas que figuram no servidor EBSCO e SCIELO na elaboração das opções do percurso do projecto.

A pesquisa não produziu o efeito desejado já que no servidor EBSCO dos nove artigos encontrados sob os prescritores "methadone" AND "alcohol consumption" apenas dois se mostraram compatíveis com a nossa temática. Já no que respeita ao servidor Scielo, não foi encontrado nenhum artigo sob os prescritores acima referidos.

Neste contexto e perante a escassez de artigos nas bases de dados científicas, tornou-se pertinente a pesquisa através do motor de busca Google, sob o tema "consumo de álcool em toxicodependentes em programa de metadona", tendo sido encontrados dois artigos que cumpriram os critérios de seleção e versavam sobre a respetiva temática - "Padrões de Consumo de Álcool em Programa de Substituição de Opiáceos" e "Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento", cujos resumo dos artigos se encontram em anexo ao presente relatório (anexo - I).

Partindo destes pressupostos, emergiu o estabelecimento de diversos processos de trabalho e estratégias de intervenção que permitem o desenvolvimento de competências e aplicação das técnicas da prática baseada na evidência no contexto da prática clínica, com a finalidade que os cuidados de enfermagem prestados foram baseados na melhor evidência científica disponível.

4. – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A fundamentação para o desenvolvimento de estratégias para a implementação de intervenções que promovam a adesão terapêutica a clientes em programa de tratamento de agonista opiáceo para redução do consumo de álcool, baseou-se num quadro de referência teórico, na pesquisa de literatura sobre o tema e na reflexão sobre a evidência proveniente da prática.

4.1. Modelo conceptual de sistemas de saúde de Betty Neuman como corpo de conhecimento científico relevante da profissão

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman traz contributos enquanto suporte teórico para ajudar a compreender como os comportamentos humanos influenciam a redução dos consumos abusivos de substâncias psicoativas.

Um cliente integrado em programa de manutenção opiácea que apresente problemas ligados ao consumo abusivo de álcool, significa que mais uma vez as suas linhas de proteção foram atravessadas, tendo sido atingido o seu núcleo central, colocando novamente em causa o seu equilíbrio.

O fenómeno da adesão ao regime terapêutico, enquanto foco de atenção de Enfermagem segundo o Modelo de Sistemas de Neuman, é um fenómeno sujeito a stressores positivos ou negativos, consoante o contexto e a especificidade da pessoa e da situação, e que contribuem para que a adesão ao regime terapêutico enquanto resposta humana, possa ser adequada ou não.

Esta situação dependerá do impacto que os agentes stressores terão na vida da pessoa com adição, e a utilização dos seus recursos, internos e externos, de forma a responder aos mesmos. A ação dos stressores poderá afetar negativamente a pessoa, pondo em causa a adesão ao regime terapêutico, causando-lhe desta forma, uma reação do sistema com o aparecimento do desejo compulsivo de consumir e consequentemente um nível de Bem-Estar reduzido, podendo conduzi-la ao reinternamento/recaída. A doença ocorrerá obrigando-a a ativar as suas linhas de proteção, com vista a restabelecer o equilíbrio e consequentemente, a reconstituição do seu sistema.

Neste contexto, torna-se primordial a prática de intervenções de Enfermagem, que promovam e contribuam para a minimização desta problemática visando a obtenção de ganhos na saúde da pessoa.

As intervenções do enfermeiro desenvolvem-se aos vários níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, consoante o estágio em que a pessoa se encontra, com o objetivo de manter, melhorar ou recuperar o seu nível de Bem-Estar.

Neuman, citado por (TOMEY E ALLIGOOD, 2004, p. 338), define “*O cliente é um sistema*

capaz tanto de input como de output relacionado com influências ambientais que interage com o ambiente adaptando-se-lhe; ou como um sistema, adaptando o ambiente a si (...)". Input e output são *"matéria, energia e informação trocadas entre o sistema do cliente."*

Ao nível da prevenção primária, o enfermeiro pode utilizar os stressores como estratégia de intervenção positiva, estando atento às relações que a pessoa adita estabelece com o meio ambiente que a rodeia, pode ainda orientar a adoção de estilos de vida mais saudáveis, de forma a ajudar a pessoa a encontrar ou a manter o equilíbrio, através da modificação de comportamentos fomentando a adesão ao regime terapêutico, reduzindo, deste modo, a possibilidade de contacto com o stressor e potenciando a linha flexível de defesa.

Ao nível da prevenção secundária, o enfermeiro participa na avaliação dos antecedentes e consequentes fatores determinantes responsáveis pela não adesão ao regime terapêutico, considerando cada pessoa como um caso específico. São colhidos todos os dados pertinentes acerca dos seus stressores, bem como avaliados os recursos da pessoa.

Ao nível da prevenção terciária, quando o cliente atinge um certo nível de estabilidade e reconstituição, o enfermeiro avalia o suporte que o cliente está a receber da sua família, assim como dos recursos existentes na comunidade, quer sejam programas de intervenção profissional ou grupos de auto-ajuda. Precisar-se-á ainda, conhecer os reforços positivos que a pessoa utiliza e se esta está a identificar corretamente as situações de risco e a dar-lhe respostas adequadas, através da utilização de estratégias de resolução de forma eficaz.

Assim, o objetivo será manter a reconstituição, ou seja, a readaptação, a reeducação para prevenir ocorrências futuras de recaídas/reinternamentos através da adesão ao regime terapêutico de forma a manter, melhorar ou recuperar o seu nível de Bem-Estar.

Considera-se assim que as intervenções em enfermagem, segundo os níveis de prevenção referidos e onde se integram a Entrevista Motivacional (EM), Terapia cognitivo-comportamental (TCC) e Terapia de grupo (TG), Prevenção da Recaída (PR); gestão do stress, resolução de problemas, psicoeducação e estratégias de adesão à terapêutica, deverão contribuir para promover e fortalecer a adesão ao tratamento para que o cliente recupere o seu nível de bem-estar.

Uma vez recuperado o cliente, tenta-se manter os ganhos, ou seja, há que acompanhá-lo de forma a manter-se a abstinência e a garantir o grau de estabilidade conseguido.

O estado de equilíbrio que requer trocas de energia pelas quais o Homem é capaz de enfrentar os seus invasores é denominado por Neuman de "Homeostasia". Assim, o indivíduo enfrenta o seu stress e recupera o estado de viver saudável, confirmando a integridade do sistema. Neuman, de acordo com Tomey e Alligood (2004), refere que os "stressores", as reações e as forças de reconstituição dependem de:

- Fatores intrapessoais – são forças que ocorrem dentro do indivíduo, por exemplo: repostas condicionadas;
- Fatores interpessoais – são forças que ocorrem entre um ou mais indivíduos, por exemplo: expectativas de papéis;
- Fatores extrapessoais – são forças que ocorrem fora do indivíduo, por exemplo: circunstâncias financeiras.

4.2. - Álcool uma temática global

O encontro do Homem com o álcool esconde-se no tempo, sendo quase impossível conhecer o seu momento e local. Nas sociedades primitivas, o álcool estava associado a atos religiosos e rituais. As bebidas alcoólicas eram vistas como fonte de potência e virilidade e como antídoto ao medo e à angústia. A embriaguez permitiu ao Homem experimentar novos estados, a sair da normalidade, romper os limites sociais.

Assim, ao longo dos tempos, o álcool adquiriu uma dupla importância e um duplo significado: por um lado, enquanto substância de carácter quase mágico e curativo, com um papel de celebração, de ritualização, de aproximação, prazer e libação; por outro lado, fonte de receita e produto comercial de elevado valor, fator de desenvolvimento económico para alguns países.

A Europa é a zona do mundo com consumo mais elevado de álcool, com cerca de 13 litros de álcool per capita por ano (2,5 vezes mais que a média global) (WHO, 2011). No que se refere à mortalidade, o álcool é responsável por cerca de 195 000 mortes por ano na União Europeia. Em Portugal, os Problemas Ligados ao consumo de Álcool (PLA) constituem um importante problema de saúde pública. Citado no (PNRPLA, 2010-2012, p. 9).

Assim e de acordo com os dados estatísticos apresentados no Congresso Nacional de Alcoologia de 2010 estimava-se que existiam mais de 600.000 pessoas em situação de dependência alcoólica. Esta realidade foi também retratada no PLANO NACIONAL DE SAÚDE (2004-2010) que revelava, na altura em que foi elaborado, a *“existência de, pelo menos 580.000 doentes alcoólicos”, existindo uma “comorbilidade dos problemas ligados ao álcool e de vários problemas de saúde mental, nomeadamente perturbações depressivas”* Direcção Geral de Saúde (DGS, 2004, p.83-85).

O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – Portugal 2007 (BALSA et al, 2008) que teve por base uma amostra de 15 000 indivíduos, da população nacional residente no continente e nas ilhas, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade, evidencia que entre 2001 e 2007 a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou

3,5 pontos percentuais (de 75,6% para 79,1%). A proporção da população que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15 e os 17 anos representava cerca de 30%, em 2001, e cerca de 40% em 2007 (BALSA et al, 2008). As consequências negativas do consumo de álcool são vastas e atingem não só aquele que bebe mas também terceiros.

Esta *problemática ancestral* tem conduzido ao aparecimento de uma multiplicidade de definições de alcoolismo todas elas com o objetivo esclarecer os vários significados deste tema. A OMS adotava em 1951, citada por (ADÉS e LEJOYEUX, 1997, p.36) a seguinte fórmula:

“os alcoólicos são consumidores excessivos cuja dependência do álcool é tal que apresentam quer uma perturbação mental identificável, quer perturbações que afectam a sua saúde física ou mental, as suas relações com os outros e o seu bom comportamento social e económico, quer ainda pródromos de perturbações desse género. Devem ser submetidos a tratamento”.

Nos anos 70 um grupo de peritos da OMS (1976) sugeriu substituir o termo alcoolismo por *“síndrome de dependência alcoólica”*. Esta noção de dependência permitiu a definição objetiva e precisa, desprovida de qualquer conotação social ou moral, dos fenómenos de dependência e habituação bem como de compulsão face ao consumo de álcool (*craving*).

A definição da síndrome de dependência foi retomada pelas classificações internacionais, nomeadamente pela classificação internacional das doenças da OMS (ICD-10) e a classificação da American Psychiatric Association (DSM-IV):

“os comportamentos alcoólicos representam um grupo heterogêneo de comportamentos, cuja evolução é variável e sujeita à aleatória predisposição biológica (vulnerabilidade ao álcool), mas também aos factores sociais, familiares e aos acontecimentos da vida positivos e negativos que a influenciam fortemente” (ADÉS e LEJOYEUX, 1997, p. 119).

Assim e segundo o DSM-IV, o alcoolismo pode ser visto como uma doença psíquica, porque o alcoólico tem necessidade de álcool para aceitar a realidade; tem tendência a fugir às responsabilidades, sofre de angústia, é agressivo, resiste mal às frustrações e às tensões e porque nele, o nível de consciência, enquanto racionalidade, tende a baixar, levando-o a uma conduta impulsiva.

A dependência alcoólica corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após uso repetido de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (OMS, 1992).

A dependência de álcool ou alcoolismo é uma doença que causa sofrimento físico e psicológico, afetando o próprio e aqueles que lhe são próximos. Caracteriza-se por ser uma doença primária, com evolução progressiva e que não tem cura, ou seja, mesmo após grandes períodos de abstinência não é possível voltar a beber sem se descontrolar.

Segundo Mcqueen (2004), Trata-se de:

“uma doença primária, crônica, cujo desenvolvimento e manifestações são influenciados por factores genéticos, psicológicos, sociais e ambientais; a doença é frequentemente progressiva e fatal; caracteriza-se por uma perda de controlo do consumo, permanente ou temporária, com o uso de álcool apesar das consequências negativas e acompanha-se de distorções cognitivas, com particular ênfase para a negação” Citado no (PNRPLA, 2010-2012, p. 6).

As doenças crônicas são, conforme a definição subscrita pela Organização Mundial de Saúde (OMS), «doenças que têm uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados»³.

Sendo a problemática da pessoa com esta perturbação preocupante sob o ponto de vista epidemiológico torna-se pertinente e premente a formação de técnicos com competências específicas de intervenção nesta área.

4.3. Recaída

(SCHULTZ, 1995, p. 7) Define recaída como *“voltar a cair num estado anterior, ou voltar a uma fase ativa de uma doença depois de uma recuperação parcial”*. A mesma autora refere ainda que *“uma recaída de uma doença aditiva é o regresso a atitudes, pensamentos, sentimentos, emoções e comportamentos que fazem recuar para a adição ativa”*. Assim, para um alcoólico, um regresso a estes padrões significa um retorno eventual à bebida.

Marlatt e Gordon (1993) referem que existem 3 grandes categorias de risco que podem levar os alcoólicos a recair: os estados emocionais negativos (35%) que inclui a ansiedade, depressão, a raiva, frustração; situações de conflito interpessoais (16%) desde discussões conjugais ou familiares, conflitos laborais, discussões com amigos ou situações de confronto com a autoridade; e a pressão social para consumir (20%) quer de forma direta como por exemplo oferta ou persuasão para consumir, quer indireta como estar em lugares onde outras pessoas estão a consumir.

Segundo Martinet (2003), a explicação destas recaídas não é unívoca, elas estão associadas em parte à dependência física da substância, mas também ao condicionamento/dependência

³ <http://www.aphp-hp.org/>

psicológica resultante da associação prolongada no tempo, entre o consumo dessa substância e certas condições/contextos e atividades específicas. Se bem que muito variadas, as circunstâncias das recaídas são de natureza impulsiva ou de excesso de controle.

Na maioria dos casos, a recaída deve-se a uma incapacidade de gerir a tensão psíquica gerada pela ocorrência inopinada de uma situação de risco. Acontece também o cliente planejar, por si mesmo, a sua recaída ao tomar uma sucessão de decisões que, embora anódinas e avulsas à primeira vista, maximizam as suas probabilidades de se ver «obrigado» a voltar consumir.

Segundo Sequeira (2006), a prevenção da recaída, desenvolve-se num programa psicoterapêutico que se baseia na capacidade de cada indivíduo em modificar os comportamentos aditivos. Para este autor o primeiro objetivo centra-se no encaminhamento de doentes que se encontram em abstinência recente, com vista à alteração do seu comportamento aditivo orientando, antecipando e gerindo pressões e problemas que podem levar o doente a recair; necessita por isso de uma aprendizagem para identificar os sinais de alerta precoces de situações de risco de recaída e conseguir ter habilidades necessárias para enfrentá-las, para que no final seja conseguido uma modificação das suas crenças e expectativas relacionadas com o seu comportamento aditivo.

“Para se conseguir uma recuperação bem sucedida para nos sentirmos bem mental e fisicamente, precisamos de ter as cabeças no lugar com um pensamento claro e racional. Para conseguirmos isso temos de reconhecer os nossos padrões de pensamento destrutivo e aprender maneiras de mudar esses padrões negativos em padrões positivos”. (ROSELLINI, 1996, p. 4)

A mesma autora refere que:

“A recuperação é um processo. Leva tempo e esforço. A recuperação continua para além do tratamento à medida que trabalhamos para desenvolver atitudes positivas no mundo que nos rodeia assim como melhorarmos os relacionamentos e recuperamos saúde. A recuperação é dinâmica. É um processo de mudança, crescimento, e amadurecimento. Para nós, a recuperação é a vida.”

O tratamento da dependência alcoólica parte de uma abordagem multidisciplinar, a qual integra as dimensões biológica, psicológica e social e espiritual, com o objetivo de trabalhar todos os fatores de vulnerabilidade face à recaída. A falta de assertividade ou a ausência de estratégias de “coping” adequadas, como elementos que se considera precipitantes do consumo e que surgem sempre em situações de risco, são outros dos objetivos a trabalhar.

O abandono da terapêutica, sugere um elevado risco de repetição de sintomatologia e de recaída, necessitando assim de uma política ativa de prevenção.

Para (ANGEL et al, 2002, p. 249) “a questão das recaídas é uma questão central no contexto de um acompanhamento a longo prazo”. Segundo (MELLO et al, 2001, p. 95) “os sistemas e

métodos de tratamento podem variar consoante a preparação do técnico, as condições locais de tratamento e os recursos materiais e humanos disponíveis, além de outros aspectos".

De entre as várias intervenções multidisciplinares para a prevenção da recaída, assume especial enfoque o desenvolvimento de competências específicas na área das terapias cognitivo comportamentais, designadamente, as terapias de grupo nas suas múltiplas abordagens, numa perspetiva de promoção e motivação à adesão à terapêutica como abordagem que se pretende eficiente para a prevenção da recaída.

4.4. - O Programa de Tratamento de Agonista Opiáceo (PTAO) com Metadona

Os tratamentos de manutenção com agonistas opiáceos baseiam-se na substituição do opiáceo objeto de dependência por um opiáceo legal, prescrito sob controlo médico, durante um período de tempo prolongado. Pretende prevenir a sintomatologia de privação associada à retirada de um opiáceo, diminuir a compulsão para o consumo e bloquear o efeito eufórico de outros opióides de ação mais rápida.

O abandono ou redução dos consumos que se deseja, procura trazer a pessoa para uma maior integração pessoal e social, diminuindo a sua exclusão e alicerçando o projeto mais abrangente de reinserção.

Nas estruturas do IDT,IP, existem dois tipos de agonista opiáceo em utilização - o cloridrato de metadona e a buprenorfina. O primeiro está indicado para os consumidores, que procurem a abstinência e a redução dos consumos, o segundo está mais orientado para indivíduos com maior estabilidade pessoal e social que procuram a interrupção dos consumos e que tenham falhado a abstinência com um tratamento não opiáceo. Com ambos os agonistas, pretende-se uma resposta que traga a pessoa para um espaço de mais fácil promoção da sua recuperação pessoal e ambiental.

Contudo, o tratamento de manutenção com metadona, configurando uma abordagem terapêutica ainda regionalmente controvertida, apesar da acumulada evidência científica da sua efetividade, constitui na atualidade a forma mais comum de substituição terapêutica da dependência de opiáceos.

O tratamento com metadona não deve constituir um apoio isolado, mas antes deve integrar-se numa estratégia de intervenção mais ampla, a que corresponderá um programa terapêutico global desenhado pela equipa técnica multidisciplinar responsável pelo acompanhamento/seguimento institucional em cooperação com os clientes. É importante identificar e tratar as diferentes problemáticas associadas, através quer dos diferentes técnicos, competentemente relacionados com o programa, quer da coordenação com outros serviços ou instituições, responsáveis pelo supervisionamento destas especificidades. Na perspetiva desta intervenção multimodal, o trabalho

multidisciplinar e interinstitucional mostra-se como essencial para consolidar a adesão (Patrício, 2009).

Sendo uma das patologias associadas a dependência alcoólica, deve assinalar-se que o consumo de álcool "faz subir" a necessidade de metadona. Os efeitos de embriaguez são acentuados e a duração da ação diminui, acelerando a libertação hepática, pelo que podem surgir sintomas de privação.

Assim, é desaconselhada a associação de Cloridrato de Metadona a 1% com as seguintes substâncias: álcool, inibidores da monoamino-oxidase (IMAO) e outros depressores do SNC nomeadamente: as benzodiazepinas, alguns antidepressivos, anti-histamínicos sedativos, barbitúricos, outros ansiolíticos que não os benzodiazepínicos, neurolépticos, clonidina e similares (Patrício, 2009).

As especificidades quer dos contextos quer da vulnerabilidade dos próprios clientes e famílias, levam a que os profissionais de enfermagem adotem um papel diversificado. São responsáveis pelo controle do cumprimento da medicação e pelo registo das situações e sua transmissão a outros técnicos, coordenam a articulação com os diferentes serviços e instituições, onde os clientes também são seguidos por patologias médico-psiquiátricas, frequentemente associadas. Nestes quotidianos utilizam o aconselhamento e a educação como intervenções centrais em áreas como a redução de riscos e minimização de danos, fatores de risco e fatores de proteção para o uso de substâncias nomeadamente do álcool, vigilância da saúde com a monitorização de doenças físicas (HIV, HCV) e psíquicas, saúde reprodutiva e adesão terapêutica.

4.5. - Adesão Terapêutica

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, define adesão como:

"volição com as características específicas: Acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento." (CIPE, 2005, p. 81)

O termo adesão dever ser um sinónimo de concordância, compreendendo a aceitação e intervenção ativa e voluntária do cliente, que partilha a responsabilidade do tratamento com a equipa de profissionais de saúde que o acompanha Bugalho e Carneiro (2004).

A adesão terapêutica tem vindo a merecer uma grande atenção por parte da inúmera comunidade científica, nomeadamente a equipa multidisciplinar em saúde, que sente de perto a problemática inerente à não adesão terapêutica.

A não adesão é entendida como: "*adesão com características específicas: não seguir ou não estar de acordo com o regime de tratamento*" (CIPE, 2005, p.81).

O Modelo Transteórico de Mudança, foi desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982), utilizando algumas das teorias psicológicas, e defendem que a pessoa só muda os seus comportamentos de não adesão ao atingir um estágio que lhe permita agir (pré contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção). O objetivo é ajudar através de intervenções pró-ativas. A finalidade primordial destes modelos de adesão é alcançar os resultados positivos, obter controlo sobre a doença, ou retardar a ocorrência de complicações associadas e melhorar a qualidade de vida física e psicológica. Os resultados positivos serão percecionados pela pessoa como reforço, contribuindo para que esta mantenha o comportamento de adesão (Gomes, 2010).

Os fatores que podem influenciar a adesão terapêutica, podem ser agrupados em quatro dimensões: fatores sociais, económicos e culturais, fatores relativos à doença e ao regime terapêutico, fatores individuais e fatores aliados à relação do cliente com os profissionais e serviço de saúde.

Os fatores sócio económicos têm sido referidos como fatores muito importantes, no grau de adesão dos doentes. O baixo nível de escolaridade, mas sobretudo o nível de rendimento, desemprego, ou falta de estabilidade no emprego, podem constituir barreiras significativas a uma efetiva adesão terapêutica.

Também, os efeitos do tratamento nos hábitos quotidianos, podem influenciar negativamente a adesão, destacando-se as situações em que afetam a vida social como as indicações para não consumir bebidas alcoólicas, a sonolência ou ainda as alterações de estilos de vida Goldberg, Cohen, Rubin (1998).

A adesão ao tratamento pode ainda ser afetada por fatores cognitivos e emocionais, tais como: os lapsos de memória, a falta ou diminuição da motivação, stresse psicossocial, a ausência de perceção da sua necessidade, a desconfiança em relação à obtenção de resultados positivos, ansiedade inerente às tomas de fármacos, sobretudo em regimes terapêuticos complexos, estigma da doença bem como o medo de possíveis efeitos adversos ou de dependências. (Osterberg e Blaschke, 2005; WHO, 2003, Cabral e Silva, 2010).

Os fatores ligados à relação do cliente com os profissionais e serviços de saúde, são cada vez mais reconhecidos como determinantes para a adesão ao regime terapêutico (Cabral e Silva, 2010).

No cuidado de enfermagem estão implícitas intervenções inerentes ao tratamento e à gestão do quotidiano do cliente, num registo de promoção e ou de estabelecimento da aliança terapêutica, suporte e manutenção. O enfermeiro é um actor essencial neste processo de adesão terapêutica, dada a sua presença em continuidade, podendo identificar precocemente situações do quotidiano do cliente que podem interferir na adesão.

De acordo com Patrícia Benner (2001), os cuidados de enfermagem têm sete domínios distintos. Os dois primeiros domínios, a função de ajuda e a função de educação e de guia, são fundamentais quando pretendemos melhorar a adesão ao regime terapêutico.

Os critérios de intervenção terão que se adequar, perante cada situação, mas regem-se por 3 princípios: estabelecimento de uma relação terapêutica; valorização integral da situação; elaboração de um plano integral de tratamento que incluem a reabilitação os cuidados e o apoio social, Pais-Ribeiro (2007).

Segundo Townsend (2011), o papel do enfermeiro e a influência da relação estabelecida com o cliente, é tido como decisiva, no cumprimento da adesão ao regime terapêutico, em todas as situações, sejam tratamentos de clientes em situação de doença aguda, crónica, ambatório e hospitalização. O enfermeiro, *administra, direcciona, encaminha, aconselha, supervisiona*, o projecto terapêutico do cliente, sendo esta relação de proximidade terapêutica um dos principais estímulos na motivação do cliente à adesão ao regime terapêutico.

O enfermeiro cria uma relação de confiança com o doente, permitindo-lhe estar descontraído, estabelecendo um relacionamento mais natural, para assim o enfermeiro poder reforçar o processo de adesão terapêutica.

Nesse sentido, os enfermeiros poderão assim, estabelecer uma relação interpessoal, valorizando o papel do cliente e compreender como a pessoa está a vivenciar a sua experiência Amendoeira citado por Catela (2010). O enfermeiro deteta os fatores determinantes e intervém de forma concertada e eficaz, com vista a atingir o máximo de Bem-Estar da *pessoa/cliente*. De acordo com (GRAY et al, 2009), é consensual que o apoio e a relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa adita, bem como a informação e a compreensão da doença e benefícios na toma da terapêutica, são fatores importantes que contribuem para o aumento da adesão à mesma.

A promoção da adesão ao regime terapêutico ocupa um lugar cada vez mais relevante nas preocupações dos enfermeiros, e é um diagnóstico que pode e tem de ser feito cada vez mais, por estes, devido à tomada de consciência das repercussões da não adesão em termos pessoais, sociais e económicos na pessoa (Simões, 2010). Como afirmam (VANELLI et al, 2011), a não adesão ao regime terapêutico, está associado e leva a um maior número de recaídas, reinternamentos, pior prognóstico e consequentemente maior custo monetário.

Como referem Bugalho e Carneiro (2004), o controlo e o aumento da adesão ao regime terapêutico são benéficos para os sistemas de saúde, pelo que as intervenções dirigidas a melhorar a adesão constituem uma contribuição fulcral para a melhoria da saúde da população.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009), refere que os enfermeiros encontram-se numa posição única para avaliar, diagnosticar, intervir e avaliar resultados nas questões relacionadas com a adesão ao regime terapêutico que inclui: *a) Avaliar o risco de não adesão; b) Identificar diagnósticos e motivos para a não adesão; c) Proporcionar intervenções apropriadas, adaptadas à pessoa; d) Avaliar a adesão à terapêutica e tratamento.* O principal objetivo destas intervenções são motivar a pessoa adita a aderir ao regime terapêutico, com vista a atingir um nível desejável de Bem-Estar.

Turk e Meichenbaum (1991) citado por Pais-Ribeiro (2007), listaram para a progressão dos clientes na adesão da terapêutica um conjunto de ações, das quais se destacam: Escutar o doente; Dar instruções claras acerca do regime terapêutico; Contactar o doente quando este não comparece na consulta; Ajustar a frequência da toma do fármaco atendendo à rotina diária do doente e suas atividades; Salientar a importância da adesão em cada visita; Adaptar a frequência das visitas às necessidades de adesão; Realçar, em cada visita, os esforços do doente para aderir; Envolver o familiar ou o cuidador informal do doente.

A adesão ao regime terapêutico é um processo complexo, multidimensional, sistémico e dinâmico, considerado à partida, um processo difícil de medir ou quantificar, sendo esta uma das grandes dificuldades com que se têm deparado os profissionais de saúde que lidam com esta problemática (André, 2005). *A medição da adesão* é um processo de crucial importância, uma vez que a identificação, avaliação e construção de *guidelines* o mais próximo possível da realidade dos clientes, seria mais organizador na intervenção. Existem no entanto várias *medidas* discutidas na literatura para estudar e determinar a adesão ao regime terapêutico. Estes instrumentos de avaliação podem ser usados pelos enfermeiros como um complemento para os cuidados de enfermagem e contribuem para apreciar as intervenções e os resultados dos cuidados como: a entrevista, a observação, a utilização de grelhas de indicadores, escala de adesão à terapêutica, questionário da adesão medicamentosa, entre outros. Uma boa apreciação/avaliação da adesão ao regime terapêutico torna-se crucial para o planeamento de estratégias terapêuticas, nomeadamente das intervenções psicoeducativas.

Já Bugalho e Carneiro (2004) referem que para melhorar a adesão ao regime terapêutico, existem dois tipos de intervenções:

- **Educacionais**, promotoras do conhecimento acerca da medicação e/ou doença, estas incluem a administração de informação oral e escrita, de matéria áudio visual e/ou informático, em programas educacionais individuais ou grupo;
- **Comportamentais**, cujo objetivo consiste em incorporar na rotina diária mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento da terapêutica proposta. Estas abordam componentes importantes como o aumento da comunicação e aconselhamento, adequação e simplificação da terapêutica, participação ativa dos clientes na sua terapêutica através da auto monitorização da doença e auto administração da terapêutica, mecanismos de reforço positivo ou recompensa pelo cumprimento do esquema proposto.

De acordo com Bugalho e Carneiro (2004), as intervenções educacionais, incluem o fornecimento de material escrito, audiovisual ou simplesmente oral, em regime de grupo sobre a doença, indicação e efeitos secundários da terapêutica, assim como desmistificar crenças, vantagens e desvantagens da terapêutica. Por seu lado, as intervenções comportamentais destinar-se-ão à adaptação da terapêutica à rotina diária, visando, abordar componentes importantes do esquema terapêutico, como a ampliação da comunicação e aconselhamento, adequação e simplificação do tratamento. A educação é assim, uma medida simples e vital em qualquer intervenção destinada a melhorar a adesão à terapêutica, porém se utilizada isoladamente tem uma pequena eficácia.

Aycher-Svanum, citado por Rosa e Elkis (2007), refere que os programas psicoeducativos podem ser realizados em sessões modulares integrando os seguintes temas: diagnóstico, prevalência da doença, etiologia, evolução, terapêutica, fatores de stress, recursos da comunidade, abuso de substâncias, aspetos legais e sinais e sintomas de recaída. As intervenções psicoeducativas são baseadas em informação sistemática, estruturada e didática relativa à doença e ao seu tratamento, tendo em conta os seus aspetos emocionais individuais e permite estimular a pessoa a lidar com a sua doença de forma adequada (BÄUM et al, 2006). Através destas intervenções, a pessoa vai compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as características da doença, ajudá-la a lidar melhor com a sua doença, pois passa a conhecer melhor as consequências, os sintomas e os fatores desencadeantes da mesma (CAMINHA et al, 2003).

Neste contexto, a intervenção do enfermeiro especialista de saúde mental e psiquiatria é um participação decisivo e é urgente que seja desenvolvido, na medida em que concorre decisivamente para a promoção do comportamento de adesão enquanto foco terapêutico, através da implementação de intervenções sistemáticas sustentadas em evidência. Assim, surge a necessidade da utilização em complementaridade de várias **estratégias e intervenções educativas e comportamentais** que

promovam e contribuam para a minimização desta problemática (Bugalho e Carneiro; Peterson et al. citados por Henriques, 2006).

De acordo com a classificação das intervenções de enfermagem (NIC) McCloskey e Bulechek (2004), a não adesão é reconhecida como um diagnóstico de enfermagem como: *"Controle ineficaz do regime terapêutico"* e segundo a mesma classificação, não descurando o diagnóstico de enfermagem "Ensino: Medicação Prescrita 5616: *Preparo de um paciente para, com segurança, tomar os medicamentos prescritos e monitorar seus efeitos*". Bem como, tendo em conta, que o enfermeiro especialista é aquele que detém competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade (Decreto-Lei n.º 161/96). Utilizando técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que ajudam o cliente a fazer escolhas que promovam mudanças positivas no seu estilo de vida (Regulamento das Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, n.º129/2011) pretendo, assim, promover a "adesão ao regime terapêutico da pessoa com adição", através de intervenções sistematizadas integrando estratégias educativas e comportamentais.

O enfermeiro especialista de Enfermagem de Saúde Mental reconhecido como competente para realizar algumas destas intervenções, devido ser o que idealmente mais contacta com a pessoa nos vários momentos do curso da doença e nos vários contextos (Hospitalar e Comunitário), constituindo assim um grupo profissional importante, em termos de recursos humanos e técnicos, pelo que deverão ser envolvidos, mobilizados e mobilizadores na implementação deste tipo de intervenções (Brito, 2006). Ainda, de acordo com Mullen (2009), algumas das intervenções psicossociais que podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro são: gestão da adesão terapêutica; avaliação biopsicossocial; terapia cognitivo-comportamental; terapia de comportamento dialéctica; psicoeducação e prevenção da recaída; gestão do stress e resolução de problemas; estratégias de adesão à terapêutica e entrevista motivacional.

Concluimos assim, que, para que os clientes adiram ao regime terapêutico, é importante que sintam algum benefício, tenham uma supervisão familiar/cuidador informal, e uma relação positiva com os profissionais de saúde que possuam as competências necessárias para procederem à implementação das intervenções adequadas (psicoeducacionais, psicossociais e comportamentais).

Foi esta a perspetiva de orientação do meu estágio, - adquirir e consolidar todas as competências necessárias ao enfermeiro especialista numa área de saúde mental, que privilegia as intervenções de reforço do regime terapêutico em clientes/família com adição.

5. - REFLEXÃO CRÍTICA E FUNDAMENTADA DAS INTERVENÇÕES DESENVOLVIDAS E RESULTADOS OBTIDOS

Neste capítulo são elencados os acontecimentos e as intervenções desenvolvidas ao longo do estágio e avaliações efetuadas, numa abordagem crítico-reflexiva.

Para (SCHÖN, 2000, p. 32), “quando aprendemos a fazer algo, realizamos a tarefa sem pensar muito a respeito da mesma”, somos impulsionados espontaneamente à realização das tarefas. Ainda de acordo com Schön (2000), é possível considerar-se a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação, sendo que as duas primeiras são separadas apenas pelo momento que ocorrem: a primeira ocorre durante a prática e a segunda depois do acontecimento da prática, ou seja, quando a ação é revista e analisada fora do contexto. É nessa reflexão sobre a ação que tomamos consciência do conhecimento tácito e reformulamos o pensamento na ação tentando analisá-la, percebendo que é um ato natural. A terceira, ou seja, a reflexão sobre a reflexão na ação é aquela que ajuda o profissional a desenvolver-se e construir a sua forma pessoal de se conhecer. Trata-se de olhar retrospectivamente a ação e refletir sobre o momento da reflexão na ação, ou seja, o que aconteceu, o que se observou, qual o significado atribuído e que outros significados podemos atribuir ao que aconteceu.

O percurso formativo efetuado ao longo deste estágio, em contexto de prática clínica, permitiu consolidar e aperfeiçoar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, na perspetiva de desenvolver algumas das competências do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, estatuídas pelo Regulamento n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro, designadamente, desenvolver competências específicas na prestação de cuidados na pessoa em tratamento de manutenção de agonista opiáceo - metadona com consumos nocivos de álcool.

As intervenções a implementar pressupõem ajudar a pessoa com adição, a aderir ao regime terapêutico, promovendo o desenvolvimento de fatores protetores de saúde mental, e têm como objetivo manter a abstinência prevenindo futuras recaídas, quer em contexto de internamento hospitalar (UAL), quer em contexto de comunidade (ET Barreiro).

A abordagem teórica no capítulo anterior e a minha prática clínica diária, contribuíram para uma melhor perceção das implicações da não "adesão ao regime terapêutico" quer para a pessoa doente, quer para os seus cuidadores/familiares.

Assim e depois de um caminho de questionamentos e consulta de referenciais teóricos, optei por desenvolver intervenções que visam promover o conhecimento da doença, da terapêutica e a associação à rotina diária de mecanismos de adaptação e facilitação para o cumprimento do regime terapêutico, através de estratégias educacionais e comportamentais.

Neste contexto, o estágio permitiu a vivência de diversas experiências, essencialmente na área de alcoologia, possibilitando o desenvolvimento de intervenções especializadas em enfermagem e estruturadas para a promoção da adesão ao regime terapêutico, sob a supervisão de profissionais especializados e com larga experiência nesta área, que possibilitaram o cumprimento dos objetivos propostos, designadamente:

- Identificar as intervenções especializadas em Enfermagem de Saúde Mental (ESM) com pessoas em tratamento de manutenção opiácea com consumos abusivos de álcool em contexto institucional e da comunidade;
- Desenvolver estratégias de intervenção que promovam a adesão terapêutica e a manutenção da abstinência/prevenção da recaída para pessoas com consumo nocivo de álcool em tratamento de manutenção opiácea;
- Analisar as situações decorrentes, (facilitadoras e inibidoras) do processo de adesão terapêutica, para o cliente, particularmente no âmbito da manutenção da abstinência/prevenção da recaída de consumo de álcool com pessoas em tratamento de manutenção opiácea;
- Prestar cuidados especializados na área de ESMP, particularmente em clientes com problemas de dependência alcoólica.

Saliente-se ainda como mais valia adquirida a possibilidade de conhecer objetivamente a realidade das *missões e estratégias* de intervenção, na UAL e na ET Barreiro, que possibilitaram a realização de forma mais sistematizada de algumas estratégias de intervenção, (sendo que algumas das mencionadas foram para além das previstas na fase de projeto), designadamente:

- Planeamento de intervenções, nomeadamente na área específica de alcoologia;
- Técnicas de intervenção em ESM em geral e na área de alcoologia em particular, nomeadamente:
 - ✓ Treino de competências sociais em termos de expressão das emoções;
 - ✓ Intervenção relacional terapêutica em processo individual, utilizando-se predominantemente a relação de ajuda, com recurso à técnica de resolução de problemas, treino de assertividade e reestruturação cognitiva;
- Sessões psicoeducativas de educação para a saúde sobre o tratamento com aversivo/antagonista - *Tetradin*, e dos hábitos de vida saudáveis, centradas na adesão terapêutica para clientes com dependência alcoólica.
 - ✓ Fornecer aos clientes informação adequada sobre a doença e regime terapêutico;
 - ✓ Esclarecer os possíveis efeitos secundários e mitos em relação a terapêutica;

- ✓ Estimular a tomada de consciência pelos clientes e as vantagens / desvantagens da "adesão ao regime terapêutico";
- ✓ Implementar/negociar estratégias de gestão do regime terapêutico.
- Sessões psicoterapêuticas de relaxamento, segundo adaptação do Modelo psicoterapêutico de Jacobson.
- Consulta de enfermagem:
 - ✓ No acolhimento; entrevista clínica, observação e diagnóstico de situações de saúde mental, em clientes com problemas de dependência alcoólica e suas famílias;
 - ✓ Na admissão ao programa de Metadona ou Buprenorfina;
 - ✓ No âmbito do programa viver em equilíbrio;
 - ✓ No âmbito do gestor de caso;
 - ✓ No âmbito dos problemas ligados ao álcool;
 - ✓ Não específicas, por situações diversas sensíveis aos cuidados de enfermagem, detetadas pelos enfermeiros ou encaminhadas por outros técnicos;
- Auto-reflexão e análise do percurso desenvolvido.

Este estágio revelou-se como muito pertinente quer em termos profissionais, quer em termos pessoais, para o que contribuíram todos os intervenientes neste processo, designadamente a docente tutora, os orientadores clínicos, as equipas multidisciplinares de cada uma das unidades de prestação de cuidados, que através do seu conhecimento enriqueceram todo este processo de aprendizagem e também o cliente adito, que me permitiu refletir sobre os comportamentos e as ações da prática clínica diária.

5.1. – Unidade Alcoologia de Lisboa (UAL)

A Unidade de Alcoologia de Lisboa, a funcionar no Parque da Saúde de Lisboa, integra o *Instituto da Droga e da Toxicodependência I.P.* e tem como missão prestar cuidados integrados e globais, em regime ambulatorio ou de internamento, sob responsabilidade médica, a doentes com síndrome de abuso ou dependência de álcool, seguindo as modalidades de tratamento mais adequadas a cada situação⁴.

A UAL integra duas grandes valências: serviço de Ambulatório e serviço de Internamento, seguindo um programa psicoterapêutico de desintoxicação, os cuidados prestados ao cliente são desenvolvidos numa perspetiva de tratamento, acompanhamento, reabilitação e reintegração do mesmo na família/sociedade.

⁴www.idt.pt

A equipa multidisciplinar do serviço de internamento desta unidade é composta por uma psiquiatra (médica responsável), dois enfermeiros especialistas em ESM, que exercem as funções de Enf^o Coordenador (orientador do estágio) e Enf^a com funções de 2º elemento, 6 enfermeiros, 2 psicólogos, 2 técnicos de serviço social, 2 técnicos de aconselhamento, 1 secretário de unidade e 5 assistentes operacionais.

No contexto da equipa o enfermeiro tem um papel ativo desenvolvendo diversas atividades no processo de recuperação do cliente, quer sejam direcionadas a este (intervenção individualizada), ao grupo de clientes ou à família/co-responsável/pessoa de referência.

O enfermeiro promove um ambiente seguro/terapêutico: - avalia o estado físico (parâmetros vitais) e mental; - despista sintomatologia (de abstinência, psíquica e física); - realiza rigorosa monitorização do doente por risco de convulsão e *delirium tremens*; - administra terapêutica e avalia o seu efeito; - estimula a autonomia nas suas atividades de vida diárias; - efetua sessões de educação para a saúde; - informa sobre a patologia e suas consequências; - presta apoio emocional com base na escuta ativa.

As primeiras semanas de estágio foram de integração na unidade de forma a ter uma perceção do funcionamento da mesma. Assim e de acordo com os seus objetivos, esta unidade desenvolve um processo de tratamento e reabilitação, segundo um plano de intervenções e atividades semanais, onde se procura trabalhar com a pessoa dependente e sua família no sentido de a estimular a modificar as suas atitudes e comportamentos, adquirindo uma consciência até então inexistente, das implicações da doença, e consequentemente uma maior responsabilização no processo de recuperação (Modelo Minnesota). Os clientes, alvo de intervenção programada por parte da equipa multidisciplinar, estabelecem com a equipa terapêutica, um contrato que obedece ao cumprimento integral de algumas normas, no sentido da promoção da autorresponsabilização pelo seu próprio tratamento e reabilitação.

Neste âmbito, são inúmeras as intervenções efetuadas em contexto de grupo, que desenvolvem a auto-consciencialização da sua situação de dependência alcoólica enquanto problema de saúde, promovem a mudança de padrões de comportamento no sentido da promoção de estilos de vida saudáveis. Estas intervenções de grupo têm por base atividades de periodicidade predominantemente semanal, das quais se destacam:

- ✓ Jogos terapêuticos: Têm como objetivo a facilitação da expressão verbal de emoções associadas ao seu processo individual de reabilitação e das estratégias encontradas para lidar com o seu problema de dependência, relatar situações de recaída (caso tenham existido) e abordar temas relacionados com a saúde individual, a situação laboral, as relações interpessoais e familiares, entre outros;

- ✓ Sessões psicoeducativas de educação para a saúde: Informar sobre consequências da dependência ao nível orgânico, psicológico, familiar e no meio laboral e social, desmistificar conhecimentos do senso comum sobre aquisição de eventuais potencialidades associadas aos consumos de álcool e sobre os efeitos positivos derivados de uma boa adesão à terapêutica (tetradin), no sentido de fomentar alterações dos padrões de comportamento;
- ✓ Atividades de relaxamento: Aplicar técnicas de relaxamento, designadamente técnica de Jacobson, com o objetivo de diminuir os níveis de ansiedade;
- ✓ Passeio terapêutico: Tem como objetivo favorecer a tonicidade muscular e a libertação de fatores de stress;
- ✓ Reuniões de família: Realizar ações de educação para a saúde com o objetivo de informar a família/pessoa de referência sobre o projeto terapêutico (tetradin), no que respeita às suas implicações no regime alimentar do cliente.

Após as primeiras semanas em que se acompanhou as dinâmicas desenvolvidas pelo orientador do estágio, foi nascendo um sentimento de aceitação, nomeadamente por parte dos clientes, permitindo minimizar alguma ansiedade latente na fase inicial do estágio, fator decisivo para o estabelecimento de uma relação de empatia e confiança terapeuta/cliente, necessária na integração como enfermeiro estagiário da especialidade ESMP nesta unidade.

Neste percurso de aprendizagem de prestação de cuidados especializados, foram efetuadas várias entrevistas de acolhimento (anexo - II; - guião de entrevista), cujo principal objetivo consiste na recolha de informações para a determinação de um problema a fim de orientar o pensamento para um diagnóstico de enfermagem e a seguir organizar a ação.

O acolhimento é um dos momentos de excelência em que se exige ao enfermeiro que a relação estabelecida atinja o equilíbrio entre o fator humano e a componente técnica. É através da relação interpessoal - processo transacional - que se desencadeiam as probabilidades de atuação. Por isso, importa mobilizar as competências (pessoais e profissionais) no domínio da comunicação, enquanto processo multifacetado e plural.

Cada acolhimento é um ato singular, uma situação/momento único entre duas (ou mais) pessoas, num contexto específico. Trata-se de *"uma atitude permanente que visa ir ao encontro do Outro para o fazer passar do seu estatuto de estranho ao de companheiro. Não é uma questão de local ou de conforto, mas de aceitação real da sua presença. No fundo, é darmos ao Cliente a possibilidade de se sentir como fazendo parte e não como mais um"* (SILVA, 1991, p. 84).

No desenrolar da cada acolhimento procurei ser empático, autêntico e verdadeiro, verifiquei que os clientes foram descontraindo conseguindo ser gradualmente mais espontâneos nas

suas verbalizações. Constatei sentimentos de vergonha, frustração, incerteza, raiva, ansiedade e culpa, que ao serem compreendidos, como inerentes ao seu sofrimento, facilitaram a sua expressão assim como a das dificuldades e preocupações sentidas. Nas consultas de enfermagem seguintes foi possível promover, com determinados clientes, estratégias de *coping*, fortalecendo a relação de ajuda que foi sendo estabelecida.

A relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, é um processo dinâmico, que tem como objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. Como refere Sequeira (2006), a Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica assenta numa relação interpessoal, orientada pelo respeito pelo cliente/pessoa e pelas suas capacidades, sendo que nesta interação o enfermeiro intrevem no sentido de promover a saúde mental.

Após a fase de recolha de dados e de início de desenvolvimento de uma relação com os clientes internados foi proposto, pelo orientador de estágio, a elaboração de sessões de psicoeducativas.

Como referimos no capítulo anterior a psicoeducação tem uma finalidade pedagógica, na medida em que fornece informação clara e explícita com base nos conhecimentos científicos atuais, metodologias ativas; uma finalidade psicológica, a fim de permitir o suporte afetivo, e comportamental, uma vez que possibilita o suporte de competências sociais.

A psicoeducação baseia-se em métodos experimentais e científicos com o intuito de educar a pessoa sobre a sua doença, identificar comportamentos e pensamentos disfuncionais que acabam por potenciar ansiedade e sofrimento (BÄUM et al., 2006). Ainda Knapp e Isolam (2005); afirmam que um dos principais objetivos da psicoeducação é a adesão à terapêutica.

Pekkala e Merinder (2004) concluíram, após terem efetuado uma revisão sistemática da literatura acerca dos programas psicoeducativos, que as intervenções nesse sentido, podem ter um impacto positivo no aumento do insight em relação à doença, à adesão à terapêutica e ao nível do funcionamento psicossocial.

As **Sessões psicoeducativas** desenvolvidas versaram sobre **o aversivo do álcool (Tetradin)**, e tiveram como objetivo principal motivar os clientes a prosseguir o tratamento, transmitindo informação sobre os seus efeitos a nível orgânico (eliminar os mitos relacionados com o tratamento), psicológico, familiar e no meio socio-laboral, no sentido de promover a autoeficácia na mudança de comportamentos para aquisição de estilos de vida saudáveis.

Promover a autoeficácia, na perspetiva de Borges e Filho (2007), passa por fomentar os julgamentos ou expectativas sobre a própria capacidade para lidar com qualquer situação que represente um risco ou ameaça à perceção de controlo do indivíduo.

Lazarus, citado por Sequeira (2006) menciona que as expectativas de autoeficácia, contribuem para o desenvolvimento da confiança em ultrapassar os perigos e obstáculos, levando por isso o indivíduo a aceitar os acontecimentos indutores de stress, mais como um desafio superável, do que como uma ameaça. Acrescentam posteriormente que estas expectativas estão estreitamente relacionadas com os conceitos da percepção do controlo e o sentido de competência.

Estas sessões, cujo planeamento se encontra no (anexo - III), foram preparadas e realizadas com a intenção de habilitar os clientes com estratégias de empoderamento que lhe permitam desenvolver conhecimentos, capacidades e fatores de proteção de forma a eliminar ou minimizar as reações adversas.

As sessões psicoeducativas de educação para a saúde tiveram como ferramenta de base uma animação em formato de PowerPoint (apêndice - I), que abordava as diferentes problemáticas associadas ao fármaco (presença de álcool no organismo, cuidados com a alimentação e suas consequências). Esta ferramenta negociada com a equipa terapêutica e foi entendida como a mais adequada para captar de forma consistente a atenção dos clientes presentes e para transmitir a mensagem pretendida: compreensão da importância do *Tetradin* no processo terapêutico. As sessões iniciavam-se com um 1º momento de negociação em que era apresentada a proposta de trabalho e pedido o seu parecer e colaboração.

No final da 1ª sessão constatei que na generalidade os clientes demonstraram interesse pois participaram ativamente na sessão, colocando questões pertinentes, verbalizando as suas dúvidas e partilhando os seus conhecimentos/desconhecimentos sobre o tema central das sessões: "*o Tetradin* como antagonista do álcool".

Houve momentos de forte interação com os clientes, permitindo a autorreflexão e o brainstorming sobre a importância da adesão ao *Tetradin* no tratamento da dependência alcoólica. Estes aspetos contribuíram para o sucesso da sessão psicoeducativa, cumprindo-se os objetivos gerais e específicos a que *nos propusemos*, (enfermeiro/clientes), sempre com a finalidade de reforçar o projeto terapêutico.

Ao longo das sessões reforcei a necessidade do estabelecimento de estratégias de *coping* no pós internamento, ressaltando a importância da rede envolvente para suporte do cliente (Família/situação laboral e amigos significativos).

Reforçou-se a consciência e aceitação da doença pelo cliente e sinalizaram-se diversas situações de risco associadas à administração da medicação, salientando ainda aspetos que promovam a mudança do padrão comportamental, entre os quais saliento a insistência na periodicidade das tomas (sempre após pequeno almoço para evitar esquecimentos).

A avaliação da 1ª sessão, foi efetuada através de um questionário (incluído em anexo - IV) que foi disponibilizado aos clientes no final da sessão. A avaliação, estimula a auto-reflexão sobre a apreensão dos conteúdos, configurando o questionário um instrumento terapêutico.

As disfunções comportamentais em pessoas com adição muitas vezes podem comprometer o sucesso das ações que se pretendem desenvolver. Este caso não foi exceção já que no seio do grupo se encontrava um cliente que pelo simples facto de ter de estar presente na sessão psicoeducativa demonstrou atitudes de negação e evidenciou grandes dificuldades de relacionamento.

As intervenções do referido cliente, que já tinha integrado o mesmo projeto terapêutico em anteriores internamentos, consubstanciaram-se na renúncia em aprender invocando o conhecimento do projeto terapêutico em geral e o uso do *Tetradin* em particular e no fomentar a inutilidade deste momento de aprendizagem junto do restante grupo, mas sem grande adesão.

Os sentimentos demonstrados pelo cliente ao longo de toda a sessão foram de zanga, facto que se conseguiu inferir perfeitamente através da sua avaliação, tal como é demonstrado pelo gráfico relativo à avaliação dos conteúdos (anexo - V).

Não obstante este facto a avaliação global foi muito bom tal como a generalidade das avaliações sobre os conteúdos (anexo - V).

Em reunião com o orientador de estágio apesar da avaliação ter sido positiva, expressei as minhas dúvidas, dado o pouco insight de alguns clientes, sobre o resultado da sessão psicoeducativa quanto à integração / processamento interno dos conhecimentos / informações trabalhadas.

É neste contexto que proponho a elaboração de um **Check List** (anexo - VI) para validar semanalmente os conhecimentos adquiridos. A análise dos dados recolhidos através dessa nova ferramenta demonstrou défice de conhecimentos, por parte de alguns clientes, sobre a terapêutica instituída, suas indicações e especificidades.

Perante esta realidade foi realizada nova sessão direcionada para esse grupo restrito de clientes, planeada com o objetivo de responder às suas necessidades, priorizando as informações mais importantes para a adesão ao tratamento (conforme apresentação constante do apêndice - II).

A avaliação desta intervenção foi efetuada através de uma tabela (disponibilizada em anexo - VII) onde se registaram os resultados obtidos segundo uma perspetiva cognitivo-comportamental.

A complexidade do acto de cuidar inerente à profissão de enfermagem exige que o enfermeiro não se limite à execução de “tarefas”, mas que seja criativo aproveitando todos os momentos do seu quotidiano profissional, no sentido do desenvolvimento das práticas, da sua autonomia, iniciativa e capacidade de decisão. A intervenção baseia-se nas necessidades que identificou, nos diagnosticos que fez, tendo como finalidade uma intervenção terapêutica, onde o informar, educar, esclarecer, cuidar, são estratégias que levam à promoção da adesão ao tratamento

e consequentemente na procura de estilos de vida saudáveis. Efetivamente a ajuda da pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto, é uma das competências do enfermeiro especialista em saúde mental (EESM).

A aplicação do Check List é uma ajuda importante uma vez permite identificar situações de inadaptação, pois permite desenvolver acções no sentido de esclarecer e educar os clientes, reforçando e complementando a intervenção enfermeiro. A evidência da aplicação prática da Check List foi uma mais-valia para a resolução de algumas situações de cuidados. A sua implementação, demonstrou ser um instrumento valioso para aferição dos conhecimentos do cliente e assim como influenciou de forma objectiva a decisão de alta clínica.

A prescrição do antagonista do álcool (*Tetradin*) implica por parte do cliente a assinatura de **um documento (declaração de consentimento informado - 3 exemplares em formato A4)**, que o deverá acompanhar sempre (1 exemplar). É uma fonte de informação no contacto com outros profissionais de saúde assim como para o próprio e família.

Na maioria dos casos os clientes não a valorizavam e frequentemente se esqueciam do local onde a haviam colocado. Este comportamento está muitas vezes associado a um sentimento de estigmatização do cliente que necessita de exibir o documento perante terceiros, assim como de não adesão ao projecto terapêutico.

A pessoa com dependência de álcool é muito sensível à estigmatização social, sente a rejeição, exclusão e discriminação nos diferentes domínios da sociedade. Esta actua directamente nos níveis de sofrimento quer nos contextos, do meio laboral, quer nos do meio familiar e social.

Segundo (AMARO, 2004, p.1) *"Estigma é qualquer atributo ou característica que desclassifica fortemente o indivíduo aos olhos dos outros"*.

Goffman (1980) Analisa, os sentimentos da pessoa estigmatizada sobre si própria e a sua relação com os outros ditos "normais". Explora a variedade de estratégias que os *estigmatizados* empregam para lidar com a rejeição alheia e a complexidade de tipos de informação sobre si próprios que projetam nos outros.

Neste contexto fez-me sentido, resumir e condensar o consentimento e as informações mais pertinentes sobre o *Tetradin* num documento com um formato semelhante a um passe social ou a um cartão multibanco, de fácil manuseamento, consulta e arrumação (anexo - VIII).

A implementação deste "*cartão*" no contexto da prática de cuidados de enfermagem prevê a articulação com a equipa multidisciplinar na UAL, estando a sua implementação a aguardar autorização superior.

A realização de **jogos terapêuticos** tem como objetivo fazer com que as pessoas internadas evoluam na sua forma de pensar e de estar, procedimento essencial ao processo terapêutico a que se propuseram.

Segundo Manes (2007), o objetivo fulcral dos jogos terapêuticos consiste no proporcionar, aos membros do grupo, uma experiência particular de aprendizagem, na medida em que estes promovem um nível base de estimulação suficiente para ativar os processos facilitadores da tomada de consciência das dimensões intrapsíquicas relacionais do funcionamento humano. Estimulam por conseguinte, a aquisição de novos modos de pensar, sentir e relacionar-se com os demais.

Para Brandes e Phillips (2006), os jogos terapêuticos apresentam também a vantagem de estimular o desenvolvimento da capacidade crítica e do insight, de uma forma inovadora, promovendo, por conseguinte, um sentimento de satisfação no grupo, o qual, por sua vez, é potenciador de um maior desenvolvimento do sentido de coesão grupal, assim como o de criar, uma atmosfera aberta, na qual se torna possível a partilha entre os elementos do grupo.

Foi neste enquadramento que foi planeada e concretizada outra sessão de intervenção em grupo - jogo da apresentação, com o objetivo de trabalhar alguns problemas como, autoconfiança diminuída, autoconceito comprometido, autoestima diminuída e *coping* ineficaz, cujo plano de sessão se encontra no (anexo - IX).

Efetivamente, os jogos podem resolver problemas da relação interpessoal e ajudar na inadaptação social, já que desenvolvem a cooperação entre pessoas/grupos e a sensibilidade em relação aos problemas dos outros.

Conforme (TOWNSEND, 2011, p. 168) o grupo “é um conjunto de indivíduos cuja associação se baseia em interesse partilhados, de valores, normas ou propósitos comuns” os grupos tem 8 funções: - a socialização, - apoio, - realização de tarefas, - camaradagem, - informativo, - normativo, - “*empowerment*” - e “*governance*”.

A realização do *jogo da apresentação*, (anexo - IX), foi relevante, para a promoção do desenvolvimento do juízo crítico e do relacionamento interpessoal. Os clientes dependentes de substâncias desenvolvem comportamentos que levam ao isolamento social, ao afastamento relativamente à família, aos amigos e até mesmo à sua atividade profissional.

Numa primeira fase houve momentos de pouca adesão, particularizada em determinados elementos dos grupos, explicada pelo facto de estes se encontrarem no seu primeiro dia de tratamento, estando por isso ainda muito vulneráveis à exposição a terceiros, o que explica a sua posição defensiva. Outros demonstraram ausência de capacidade de “*insight*” em relação à sua dependência.

Ao longo deste jogo terapêutico intensificou-se a promoção da coesão intragrupal, tendo-se observado uma evolução muito significativa na partilha, na resolução de problemas e no estabelecimento de objetivos, tendo em conta o percurso pessoal de cada cliente.

O desenvolvimento da coesão intragrupal é imprescindível em clientes dependentes, como os desta unidade, que desenvolvem conjuntamente diversas tarefas diárias. A melhoria das relações interpessoais no grupo facilita a integração no grupo, o desenvolvimento das tarefas e consequentemente a autoconfiança e a autoestima, factos cuja importância foi registada e frisada por diversos elementos. Esta avaliação não foi feita através de um documento próprio, mas sim das análises da equipa relativamente a incidentes quer de relação cliente/cliente quer no cumprimento dos contratos assim como na demonstração de integração de conhecimentos trabalhados em sessões terapêuticas.

Reforçou-se a consciência e aceitação da doença pelo cliente, sinalizaram-se diversas situações de risco, e o planeamento das e as estratégias limite, (*dizer não*), a desenvolver nas várias situações do dia-a-dia, promovendo a auto reflexão e a mudança do padrão comportamental, no sentido de reforçar a adesão ao tratamento.

O desenvolvimento do jogo lúdico/terapêutico cumpriu os objetivos delineados. A perceção e compreensão de comportamentos, sentimentos e emoções, foram conseguidas, embora tenha sentido alguma dificuldade na abordagem de determinadas problemáticas, para obter a informação necessária no sentido de orientar e dar resposta ao cliente, ajudando-o no processo de mudança.

Os jogos terapêuticos são instrumentos, que serão úteis se forem acompanhados por um técnico que avalie e analise os comportamentos dos intervenientes, de modo objectivo e crítico, permitindo validar a adesão.

Esta ferramenta permite ainda desenvolver mudanças comportamentais que no presente contexto, deverão incidir sobre a importância da adesão ao tratamento. Efetivamente o técnico através da análise das atitudes demonstradas pelos clientes e dos sentimentos reportados, intervêm no reforço dos feedbacks positivos, motivando-os para prosseguir o tratamento e promover a autoeficácia na mudança de comportamentos e na aquisição de estilos de vida saudáveis.

Esta atividade permitiu refletir sobre os obstáculos sentidos e necessariamente superados para poder alcançar os objetivos delineados. Contribuiu para elevar o conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeiro e dotar-me de competências que me permitirão, na minha atividade profissional, prestar cuidados individualizados a pessoas com dependências, de modo a fomentar a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida saudáveis e reforço dos mecanismos de *coping* adaptativos. Desta forma, poderei desenvolver algumas das funções que Benner (2001) identificou como necessárias para a excelência na prestação de cuidados

de Enfermagem: Função de Ajuda; Função de Educação e Orientação; Função de Diagnóstico e de Vigilância do Doente.

Foram trabalhadas neste estágio, diversas ferramentas que contribuíram para o desenvolvimento da consciencialização da importância do tratamento, a diminuição do estigma associado à doença, a promoção das relações interpessoais e o aumento dos níveis de autoestima e de autoconfiança. No entanto os clientes em internamento necessitam ainda de intervenções direcionadas para a diminuição dos níveis de ansiedade e de stress.

Neste contexto, a dinamização de **técnicas de relaxamento**, especificamente com o modelo psicoterapêutico de Jacobson, afigura-se uma ferramenta adequada para os clientes desta unidade. O relaxamento muscular progressivo de Jacobson baseia-se na utilização e fusão da tensão – distensão, isto é, contração e descontração de grupos musculares específicos e de forma separada. O relaxamento pode ser utilizado como resposta às sensações de tensão ou ansiedade no quotidiano. É um método bastante utilizado no campo clínico para reduzir a tensão mental.

Com a aplicação de técnicas de relaxamento, pretende-se que a pessoa aprenda a sentir-se bem, a gostar de si própria através do seu corpo e consequentemente a estar aberta a novas aprendizagens e mudanças pessoais. A generalidade das técnicas de relaxamento partilha do mesmo objetivo, proporcionar a tomada de consciência sobre o próprio corpo e de informar o indivíduo como consegue o relaxar dos músculos por vontade própria, através da perceção cognitiva do que é estar *tenso ou relaxado*.

Neste sentido, foram planeadas e concretizadas cinco sessões de relaxamento terapêutico (anexo - X), com os objetivos de promover - a diminuição da ansiedade e do stress, - proporcionar a calma e o bem-estar, - promover a concentração, - estabelecer com o cliente uma relação terapêutica - e promover o relaxamento muscular. A realização de sessões de relaxamento progressivo (segundo modelo em anexo - XI) será potencialmente terapêutica prevenindo a recaída e fomentando a adesão ao tratamento.

(PAYNE, 2003, p. 3) Citando Ryman (1995), que define o relaxamento como "um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo".

A mesma autora citando (Keable, 1989; Powell e Enright, 1990) o relaxamento é geralmente visto como uma componente de um todo mais abrangente, indistintamente referido como controlo do stress, da ansiedade, ou defesas contra o stress.

Uma técnica de relaxamento é um método de intervenção psicológica que tem por fim auxiliar o indivíduo a atingir um estado de relaxamento físico (relaxamento muscular), mental (tranquilidade e equilíbrio interior) e emocional.

Pela contração muscular voluntária, considera-se que o cliente se torne mais capaz de perceber a diferença entre tensão e relaxamento em cada um dos grupos musculares e, assim, seja capaz de promover mais facilmente o relaxamento muscular subsequente Caballo (1996) e Jacobson (1997), citado por Almeida e Araújo (2005).

O relaxamento, segundo Graziani (2005) é uma técnica utilizada para reduzir a ansiedade aquando do tratamento dos doentes nas unidades de psicopatologia nomeadamente no tratamento do alcoolismo.

Assim os aspetos psicológicos da experiência de relaxamento, como as sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stresse ou perturbadores, são o centro deste tipo de intervenção terapêutica.

Neste contexto, considero fundamental fornecer mais uma ferramenta aos clientes, que permita diminuir a ansiedade (inerente a situações do quotidiano), desenvolvendo ações que estimulem e fortaleçam o comportamento desejado e também ações que impeçam ou não permitam que o indivíduo dependente do álcool volte a desenvolver o comportamento anterior, processo geralmente denominado recaída Borges e Filho (2007).

Resultados de diversas pesquisas, (Graziani, 2005; Payne, 2003; Keable, 1989; Powell e Enright, 1990), evidenciam que a efetividade do relaxamento como forma de gestão do *craving* é perceptível sendo as sessões de relaxamento uma intervenção valiosa no tratamento de dependentes químicos, para quem a ansiedade e o *craving* são fatores centrais nos seus comportamentos abusivos. A evidência sugere que o relaxamento pode ser utilizado como uma estratégia de um plano de tratamento, onde intervenções de Terapias Cognitivo-Comportamentais são centrais e a técnica do relaxamento trabalha/controla os sintomas da ansiedade quer os que resultam da adesão ao tratamento quer perante as situações de *craving*. Tendo em vista os resultados dos estudos efetuados, podemos dizer que clientes dependentes (álcool) deveriam ser encorajados à prática do relaxamento como estratégia de *coping*, em situações de risco para uma recaída Almeida e Araújo (2005).

A avaliação das sessões foi efetuada com recurso à aplicação da escala *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI - Y) da autoria de Charles D. Spielberger, (Ver anexo - XII), será ainda importante mencionar que esta tem dois momentos, cada um com 20 itens: um que avalia a ansiedade-estado (STAI Forma Y-1) e outro que avalia a ansiedade-traço (SATI Forma Y-2). Para a avaliação da atividade será apenas utilizada a *sub escala da ansiedade-estado (STAI - Y1)*, na medida em que traduz a ansiedade que está associada às circunstâncias do momento.

Este instrumento tem como principal característica, o facto de avaliar aspetos inespecíficos que envolvem situações stressantes, como por exemplo, tensão, nervosismo, irritabilidade,

preocupação e apreensão em relação aos outros. De acordo com os scores obtidos considera-se a ansiedade estado-traço baixa, quando os valores se encontram entre 20 e 34 pontos, moderada, entre 35 e 49 pontos, elevada, 50 a 64 pontos e muito elevada, 65 a 80 pontos, (Chaves e Cade, 2004).

No entanto a fim de evitar a tendência não premeditada dos sujeitos de darem respostas num dos extremos da escala (responder sempre 1 e/ou 4), alguns dos itens estão pontuados de forma inversa, ou seja, respostas marcadas com 1, 2, 3 e 4 são cotadas de forma inversa respetivamente a valer 4, 3, 2 e 1 pontos. Os itens invertidos no Questionário de Auto-Avaliação - De Charles D. Spielberger STAI Forma Y - 1 (anexo - XII) são: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20.

Os clientes participaram ativamente e com entusiasmo nesta atividade, tendo demonstrado capacidade de interação e concentração. Apesar de nem todos terem alcançado o objetivo da sessão (conseguir relaxar), todos manifestaram satisfação na sua realização. Referiram sentir-se bem com a música, conseguindo abstrair/ descentrar, ainda que por poucos minutos os seus problemas pessoais.

Ao longo das sessões foram-se observando os sinais de relaxamento, diminuição da tensão muscular (avaliada pelo posicionamento relaxado dos pés) e da frequência respiratória (ritmo respiratório cada vez mais lento), houve casos de clientes que entraram em estado de sono.

A diminuição dos níveis de ansiedade em clientes com dependências não apresenta um perfil linear inter-sessões, os fatores exógenos ao processo de tratamento têm nestes clientes uma influência significativa. Este caso foi observado durante a 3ª sessão com um dos clientes (VR), que apresentou níveis de ansiedade significativamente mais elevados do que os registados anteriormente, em resultado de problemas familiares. Contudo, o referido cliente conseguiu ainda assim atingir no final das sessões planeadas resultados mais satisfatórios que alguns outros que conheceram interferências exógenas negativas ao longo da atividade.

Relativamente ao valor do STAI Y-1, verifica-se uma redução significativa dos níveis de ansiedade dos clientes em cada sessão desenvolvida, a qual foi por eles sentida e confirmada.

Embora em termos médios as alterações observadas entre a 1ª sessão e a 5ª sessão não tenham sido muito significativas, com os valores obtidos a situarem-se no nível de ansiedade moderada. É de notar, que o valor médio registado no início da 1ª sessão, (45,4), situou-se significativamente acima do ponto médio do intervalo, enquanto o valor médio obtido no final da 5ª sessão, (38,6), ficou substancialmente abaixo do ponto médio do intervalo que define esse nível de ansiedade. Durante as sessões houve clientes que conseguiram que os seus níveis de ansiedade passassem do escalão elevado, (50-64), para o moderado, (35-49), (anexo - XIII).

Apesar de na nossa prática diária, (trabalho em contexto de internamento), a aplicação destas técnicas se encontrar facilitada, tendo em conta que faz parte projecto de atividades terapêuticas, dos clientes internados, a realização da atividade de relaxamento nem sempre é possível uma vez

que o sucesso da sessão depende de forma significativa da capacidade de relaxamento quer dos clientes quer do técnico.

Nas primeiras sessões da intervenção psicoterapêutica, encontrava-me muito tenso e ansioso, senti algumas dificuldades inerentes ao processo de aprendizagem dos procedimentos da sessão de relaxamento, dificuldades em adaptar a voz e conseguir falar mais calmamente. O treino e um cada vez maior à vontade com o grupo, contribuíram para aumentar os meus níveis de confiança e assim conseguir ultrapassar as dificuldades sentidas.

De facto, ao dirigir-me à sala para informar sobre o início de mais uma das sessões planeadas (4ª sessão) fiquei agradavelmente surpreendido pela forma como os clientes exprimiram as suas emoções, era visível o incremento mutuo dos níveis de confiança e consequentemente da melhoria da interação cliente/terapeuta. Este foi um momento especial para mim pois, se dúvidas restassem, tive a confirmação que o trabalho que estava a desenvolver era do agrado dos clientes, sentindo-me recompensado e agradavelmente reconfortado. Esta vivência fez-me reflectir sobre a pertinência e veracidade das palavras de Peplau, (1952) – *A Enfermagem é um processo terapêutico em que fomenta o desenvolvimento do cliente e do enfermeiro*.

O conhecimento mútuo permitiu o desenvolvimento de padrões de relação terapêutica de confiança, que possibilitou esta reciprocidade no fluir de emoções até então resguardadas, mas cuja importância da partilha se revela de forma essencial em todo o percurso, que constitui o processo individual de reabilitação de cada um dos clientes enquanto ser bio-psico-sócio-cultural e espiritual, com uma individualidade específica e única e a mim enquanto profissional especialista em ESMP.

Estas sessões constituíram um momento de aprendizagem e de desenvolvimento de, ao permitirem prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico e socioterapêutico ao cliente, ao longo do seu processo de tratamento, mobilizando o contexto e dinâmica individual com vista ao reforço da adesão ao regime terapêutico.

5.2. – Equipa de Tratamento do Barreiro (ETB)

A segunda fase do meu estágio decorreu na **Equipa de Tratamento do Barreiro**, esta unidade entrou em funcionamento em 1 de Março de 2001 e destina-se ao atendimento de pessoas toxicodependentes e os seus familiares, dos concelhos do Barreiro, Moita e Montijo. Tem como principal finalidade prestar cuidados de saúde mental na comunidade através de intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar que presta cuidados compreensivos e globais a toxicodependentes e às suas famílias, individualmente ou em grupo, seguindo as modalidades terapêuticas mais apropriadas para cada situação em *regime de ambulatório*.

Esta unidade de prestação de cuidados especializados na área de saúde mental assenta num modelo de intervenção direta na comunidade e tem como *missão e visão* promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências⁵.

Existem, atualmente, na ET do Barreiro dois programas distintos de tratamento com opiáceos: o Programa de Substituição de Opiáceos com Metadona e o Programa de Substituição de Opiáceos com Buprenorfina de Alta Dose. Estes dois programas estão a cargo da equipa médica e de enfermagem.

Os padrões de consumo e abuso de substâncias tem vindo a alterar-se, a população toxicodependente que recorre às ET (ainda maioritariamente heroínod dependente) está agora envelhecida, mais doente, logo, com um maior número de necessidades de saúde percebidas. Também a integração dos problemas ligados ao álcool no âmbito das competências das equipas do IDT, IP trouxe aos serviços uma população de grande vulnerabilidade relativamente à sua saúde, com variadas necessidades sensíveis à intervenção de enfermagem.

A intervenção desta Equipa procura ter em conta a vertente global da pessoa toxicodependente, com o objetivo final da sua reintegração social plena, efetuando com esse objetivo consultas de Psiquiatria, Enfermagem, Psicologia e Serviço Social. Recentemente a ETB iniciou-se com um novo modelo de Organização do Serviço, baseado no Técnico de Referência. Os objetivos principais da adoção deste modelo são, melhorar a acessibilidade e adesão ao tratamento, assim como adequação às necessidades e capacidades dos clientes, salienta-se como resultado a satisfação dos clientes e, dos técnicos (ETB, 2011).

Quando um cliente se dirige à ET, o processo de acolhimento desenvolve-se em dois momentos distintos: um primeiro de colheita de dados e um segundo momento de avaliação da sua situação social. Esta abordagem tem como finalidade atribuir ao cliente um técnico de referência. A atribuição do a um técnico de referência não tem por base a disciplina de cada um, mas a pessoa *enquanto terapeuta*, em função da apreciação/avaliação do cliente, feita em equipa. Os técnicos de referência desenvolvem com o cliente um projeto terapêutico individualizado e adaptado as suas necessidades, que monitorizam ao longo do processo de tratamento.

Durante o estágio na ETB tive a oportunidade de participar nas diversas consultas efetuadas no âmbito do processo de assistência ao cliente: Consulta de admissão ao programa de Metadona ou Buprenorfina; Consulta no âmbito do Programa Viver em Equilíbrio; Consulta de gestor de caso, (pessoa de referencia); Consulta de Problemas Ligados ao Álcool (PLA); Outras Consultas.

⁵ www.idt.pt

As atividades de enfermagem, assentam em conceitos que consideramos fundamentais na nossa prática: Saúde; Promoção da Saúde; Estilos de Vida. Segundo Correia et al (2001), a prática profissional de enfermagem desenvolve estratégias de promoção da saúde, numa perspectiva de melhoria da qualidade de vida. Este autor defende que os enfermeiros têm, reconhecidamente um papel privilegiado, quando se trata de promoção da saúde, pelo vasto conhecimento das necessidades da população e dos recursos existentes na comunidade. Segundo o autor, o enfermeiro é um agente facilitador da mudança que se pretende efetuar.

As cognições e os comportamentos são modificáveis através das intervenções de enfermagem e estão diretamente relacionados com os benefícios percebidos. O resultado comportamental está relacionado com o compromisso, com um plano de ação com vista à adoção do comportamento de saúde, atendendo às preferências individuais e às exigências a que a pessoa está sujeita (Machado, 2004).

A **consulta de enfermagem** adota uma abordagem holística, centrada na pessoa, que visa apoiar, suportar, esclarecer, orientar e encaminhar no sentido da promoção do autocuidado e da autonomia do cliente/família na gestão do seu potencial de saúde, ou seja na promoção da sua saúde.

Na consulta desenvolvem-se diversas atividades, intrínsecas ao processo de enfermagem: Detecção e atualização de problemas e potencialidades de saúde; Identificação e priorização de necessidades e objetivos; Negociação do projeto de recuperação/manutenção de saúde; Elaboração, avaliação e reformulação do plano de intervenções de enfermagem.

Nesta unidade de tratamento, os clientes em fase de manutenção da abstinência mantêm planos de seguimento com periodicidade semanal, quinzenal ou mensal, dependendo dos seguintes fatores: - disponibilidade do cliente, - número de recaídas anteriores, - fatores e situações de risco já identificados, quer exógenos (profissão, meio onde vive, locais que frequenta, etc.), quer intrínsecos ao cliente (dificuldades em lidar com sentimentos e sensações: tristeza, ansiedade, depressão, etc.).

Os clientes integrados nestes planos experienciam algumas vezes o que Marlatt designa por *lapso*, que se consubstancia em faltar ao plano programado o que pode originar sentimentos de vergonha e culpa, fatores que podem levar à recaída. Nestes casos os clientes são contactados telefonicamente pela equipa de enfermagem, no intuito de os motivar a regressar à consulta. Efetivamente, um dos principais problemas na fase de manutenção da abstinência é o número significativo de desistências ou abandono das consultas, o que em alguns casos está diretamente relacionado com as recaídas.

Pude constatar, que as intervenções na consulta de enfermagem aos clientes em fase de abstinência seguem o preconizado por Marlatt para a prevenção da recaída, já que são centradas na

promoção de estratégias de *coping* para lidar com situações de risco. Estas intervenções são também dirigidas á família no sentido de a envolver no processo de mudança do cliente.

Para além da consulta de enfermagem, são ainda relevantes as intervenções ou interações realizadas, principalmente no âmbito dos atendimentos em programa de Metadona, cujo caráter repetido e continuado ao longo do tempo, permite a identificação de necessidades e problemas e consequente planeamento e implementação de intervenções. Assim e com o objetivo de facilitar o acesso ao tratamento e melhorar a adesão à terapêutica, alguns clientes realizam toma de medicação antirretroviral e o aversivo do álcool (*Tetradin*) nesta unidade de tratamento.

O **Programa Viver em Equilíbrio** foi desenvolvido com o objetivo de ajudar os clientes a adquirir hábitos de vida saudáveis, nomeadamente no âmbito da alimentação e atividade física. A implementação deste programa visa ajudar e motivar para a mudança efetiva do estilo de vida, diminuindo o risco de comorbilidade associada a um estilo de vida não saudável.

O processo de acompanhamento dos clientes com necessidades a este nível implica uma avaliação das situações, a definição conjunta técnico/cliente dos objetivos e o planeamento das intervenções, reavaliando sistematicamente o programa. As intervenções são desenvolvidas individualmente ou em grupo, verificando-se grande aceitação e adesão ao projeto.

Segundo a OMS (2010), práticas como as de ter um regime alimentar equilibrado, dedicar-se a uma atividade física regular, ter períodos de repouso e de descontração e ter atividade sexual compensadora, ajudam a que o sentimento de bem-estar no indivíduo aumente.

A intervenção do Enfermeiro é, sem dúvida, indispensável para a promoção de saúde e é descrito como uma "relação do tipo cliente-consultor, baseada no reconhecimento dos direitos à auto-determinação e das capacidades que tem para se auto-dirigir" (LIMA-BASTO, 2001, p. 21).

Na ET do Barreiro as intervenções da equipa de enfermagem incluem o acompanhamento individual e personalizado a um grupo de clientes, selecionado segundo critérios previamente definidos em equipa multidisciplinar.

Este modelo assistencial enquadra-se na lógica da **Gestão de Caso ou Gestão de Cuidados** (taxonomia assumida pela equipa, uma vez que a gestão aplica-se aos cuidados prestados a uma pessoa, no âmbito do seu projeto terapêutico individual).

Segundo Source (2002) citando (RYAN et al, 1991), o modelo assistencial denominado de gestor de cuidados, gestor de caso ou técnico de referência foi primeiramente introduzido na psiquiatria em 1960, no início do encerramento de grandes instituições psiquiátricas de internamento e da passagem para uma psiquiatria mais comunitária. O termo "case management" (gestão de cuidados), descreve um processo que visa evitar a fragmentação dos serviços

comunitários disponíveis e conseguir um serviço concertado e coerente no cuidado dos doentes com problemas complexos, como refere o mesmo autor citando Harris e Bergman (1993).

Ainda segundo o mesmo autor, recorrendo a (HOLLOWAY et al, 1995), são características gerais da gestão de cuidados, - a avaliação das necessidades da pessoa, - o desenvolvimento de uma planificação de serviços que vá ao encontro dessas necessidades, - a garantia da eficácia da prestação de cuidados e a monitorização.

Assim o papel do técnico de referência passa por: - dar suporte prático emocional e informação, - agir como o primeiro e principal contacto com o serviço, - permitir a continuidade dos cuidados, - desenvolver um conhecimento amplo dos principais problemas e necessidades dos clientes, - ajudar a encontrar soluções, - fazer a ligação com os outros profissionais e serviços.

O técnico de referência é um elemento central na tomada de decisões, e está envolvido com a pessoa e a família ao longo de todo o percurso terapêutico de contacto com o serviço. Neste modelo é esperado que os enfermeiros, (tal como os restantes técnicos de saúde da ETB), passem a gerir autonomamente os cuidados de saúde que desenvolvem com os clientes aditos, articulando a esfera de intervenção individual, (disciplinar/profissional), com a recomendação de serviços, tratamentos, procedimentos, ou terapias e intervenções de outras disciplinas/profissões Gonzales (2003), citado por Sequeira e Lopes (2009).

Pretende-se assim que o enfermeiro como Gestor de Caso seja a figura central no conjunto da intervenção desenvolvida junto do cliente e da sua família no âmbito do Programa/Plano de Inserção e deverá funcionar como: - Recurso fundamental para os clientes e sua família no sentido de facilitar o acesso aos serviços de que necessita; - Mediador entre o cliente, sua família e as entidades prestadoras de serviços; - coordenador do planeamento e supervisor de todos os serviços prestados à pessoa com adição e sua família.

As competências do Gestor de Caso são: - Proceder ao acompanhamento de todo o processo terapêutico; - a nível interno com os técnicos e outras valências e interinstitucionalmente com Centros de Saúde, Hospitais, Estabelecimentos Prisionais, etc.; - Elaborar o diagnóstico participado em conjunto com o indivíduo e a família, identificando as necessidades, problemas, competências existentes e áreas prioritárias de intervenção; - Elaborar um plano de intervenção/inserção em que os objetivos devem ser traduzidos num conjunto de ações a realizar, obedecendo a determinada calendarização; - Utilizar e potenciar os recursos da comunidade.

Durante esta fase do meu estágio acompanhei várias consultas de gestão de caso orientadas pela enfermeira especialista Ana Sequeira, onde pude constatar a importância do enfermeiro neste modelo de intervenção, designadamente no que se refere à identificação de novos problemas, como consumos de álcool, à consequente intervenção na informação e ao encaminhamento para projeto

terapêutico específico a desenvolver. É uma área que exige do terapeuta formação contínua para a promoção da melhoria dos cuidados, promove o desenvolvimento da auto-estima profissional, já que a existência de um local marcado *no tempo e no espaço* assim como a avaliação clínica semanal, produz uma maior visibilidade das suas intervenções pela equipa multidisciplinar.

A gestão de caso assume grande relevância para a enfermagem enquanto disciplina científica no contributo: - para a afirmação da sua determinação teórica e epistemológica (na ótica do paradigma unitário-transformativo), do seu objeto e da sua finalidade; - enquanto profissão autónoma, intelectual e científica (vide Classificação Nacional das Profissões); - para a criação de saberes e de práticas de intervenção especializada eminentemente autónomas e complexas, no caso, no âmbito da toxicodependência. Sequeira e Lopes (2009)

Gostaria de concluir este capítulo com uma citação que enfatiza a importância do desenvolvimento de competências dos enfermeiros neste tipo de relação, assim como do trabalho de equipa. “Como gestor e líder, o enfermeiro apercebe-se que a aprendizagem e a competência são elementares na responsabilização pela prática profissional. (...) Onde há gestão, há liderança. Onde há liderança, há uma equipa. (...) é através do trabalho de equipa, bem como da expressão individual em termos de inovação na área da prestação de serviços, que o enfermeiro pode prestar ao cliente cuidados de qualidade e eficazes, demonstrando preocupação.” (Ryce, 2004, p. 162), citado por Sequeira e Lopes (2009).

Uma das valências de intervenção comunitária da ETB é o **Grupo de Famílias com (Problemas Ligados ao Alcool) PLA**. A família como conjunto organizado de indivíduos em constante inter-relação, é um sistema poderoso em busca permanente de equilíbrio: a homeostasia, cujas funções fundamentais são: de proporcionar alimento físico e psíquico; um quadro estruturante para os filhos; uma iniciação à vida social e uma transmissão de instrumentos essenciais para a cultura Topor e Bénard (2007).

Na análise das interações entre alcoolismo e a vida familiar, estudos concluíram que a família da pessoa alcoólica, bem como a própria, sofriam de uma *doença relacional*, designada de *co-dependência*. Numa perspetiva sistémica, Steinglass desenvolveu um modelo de funcionamento familiar que representativo das relações *da co-dependência*. Os membros de uma família interagem uns com os outros, interações essas regidas por leis de equilíbrio comparáveis às da Física. Quando se mobiliza um elemento todo o sistema entra em desequilíbrio Topor e Bénard (2007).

Almeida et al (2005), acrescentam que a introdução da abstinência, embora desejada por todos, nem sempre se faz de forma pacífica, pois o “equilíbrio” em torno do álcool quebra-se e torna-se necessário estabelecer um novo equilíbrio. Mesmo assim e de um modo geral, estudos feitos revelam que o envolvimento do cônjuge e/familiares no processo terapêutico, aumenta a

eficácia da recuperação do doente alcoólico. Adés e Lejoyeux, (2004) enfatizam a importância de trabalhar com o cônjuge ou família para aprender a lidar com os episódios de alcoolismo e a desenvolver atitudes úteis ao início e manutenção da abstinência.

Neste sentido Almeida et al (2005), recomendam para a fase de manutenção da abstinência: melhorar o ajustamento familiar e social do doente e família e reforçar os comportamentos que ajudam a prevenir as recaídas. As interações familiares facilitadoras do processo de abstinência promovem-se através de: Terapias de suporte ou de grupo; Grupos de auto ajuda para famílias; Programas de terapia familiar.

Neste âmbito na ETB é desenvolvida uma atividade quinzenal com um grupo de famílias com PLA. Os objetivos desta intervenção grupal visam a promoção do autoconhecimento, proporcionar uma forma de expressão transformadora de sentimentos e vivências, informar sobre o processo aditivo e o tratamento do alcoolismo, treinar competências para identificar, lidar e antecipar situações de risco e desenvolver a motivação para novos projetos de vida.

Nas sessões em que assisti como co-terapeuta tive a oportunidade de constatar a partilha experiências e a expressão de sentimentos e preocupações das famílias que vivem com elementos com adição de patologias. Neste grupo, o enfermeiro faz, não só avaliação das psicoemocional, mas também na avaliação da eficácia da medicação e das dificuldades sentidas pelas famílias como coadjuvantes no processo terapêutico. As principais preocupações das famílias que integram estes grupos centram-se na falta de conhecimento sobre a doença e de todas as suas consequências. Não possuem estratégias de *coping* para lidar com a pessoa adita e têm dificuldade em dar atenção às suas próprias necessidades e de lidar com o stress. Demonstrem também algum desconhecimento sobre os cuidados a ter com a alimentação, já que a eficácia na administração do *Tetradin* depende em larga escala dos hábitos alimentares e de vida do cliente nos quais a família poderá ter um papel relevante para a sua mudança.

Neste âmbito e como co-terapeuta na consulta de gestão de caso e no grupo de famílias com PLA, promovi a realização de um questionário com o objetivo inferir os conhecimentos do cliente e respetivas famílias sobre o fármaco "*Tetradin*", designadamente eficácia no tratamento e interações com os estilos de vida (atividades laborais, hábitos alimentares e vivências sociais).

A implementação do formulário (anexo - XIV) tem como objetivo melhorar a adesão ao tratamento, centrada na administração do *Tetradin*, através do esclarecimento de dúvidas existentes, numa vertente informativa e de orientação adequada às situações identificadas.

Os resultados obtidos independentemente das várias ações educativas desenvolvidas pela equipa sobre este tema refletem ainda situações de carência de informação. Nestes casos existe a necessidade reforçar a informação sobre possíveis situações de risco, de incidir sobre respostas de

enfrentamento (*coping*), desenvolvendo e trabalhando estratégias para gerir essas situações. A consciencialização do cliente poderá promover o "empowerment", melhorando a sua capacidade para lidar com situações de risco e motivando-o para a mudança de comportamentos e para a adoção de estilos de vida saudáveis.

Os estágios desenvolvidos no internamento e na comunidade revelaram-se enriquecedores graças às experiências vivenciadas. Não obstante a população alvo do meu projeto inicial não ter integrado todos os grupos com que contactei diariamente, a verdade é que consegui desenvolver competências e obter novos conhecimentos sobre clientes com adição a diferentes substâncias (lícitas – álcool e ilícitas – heroína cocaína etc.). Prestei cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, implementei e desenvolvi estratégias educativas e comportamentais que permitiram através da prática aprofundar os conhecimentos teóricos adquiridos enquanto aluno do curso de mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e promover a compreensão e gestão de problemas relacionados com a eficácia da adesão ao regime terapêutico.

Segundo NABAIS (2008) a especificidade da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, consiste na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a reabilitação psicossocial e a reinserção.

As avaliações finais dos dois momentos de estágio (vertente internamento e vertente comunitária) constituíram per si um momento de aprendizagem pois permitiram desenvolver uma análise reflexiva sobre o trabalho desenvolvido e sobre a formação adquirida, destacando as dificuldades sentidas e a aquisição de novas competências técnicas, científicas, relacionais e pedagógicas (apêndice - III).

6. - EXPERIÊNCIAS EXTRACURRICULARES RELEVANTES NO DECORRER DO PROCESSO FORMATIVO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Este percurso formativo foi sendo sustentado pela prática clínica efetiva, pela pesquisa efetuada, e pelos desafios propostos em eventos no âmbito da saúde mental e psiquiátrica, onde se destacam a participação como preletor em congresso e a elaboração de artigo publicado em revista especializada nesta área de intervenção. Estas atividades contribuíram de forma relevante para o desenvolvimento de competências que integraram todo o percurso formativo do curso e que seguidamente se enumeram:

- Frequentou O 14º CURSO DE FORMAÇÃO EM ALCOOLOGIA, com duração de 30 horas (anexo - XV).
- Apresentação a comunicação "A ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE AMBULATÓRIO DA U.D. CENTRO DAS TAIPAS" no âmbito do XXIV encontro das taipas (anexo - XVI);
- Apresentou o Poster: A eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool na pessoa adulta, nas II Jornadas de Alcoologia e I Encontro de Tabacologia do Centro Hospitalar Psiquiátrico, subordinado ao tema Recaída e dispositivo de cuidados. Participou e apresentou o Poster acima referido nas PRIMEIRAS JORNADAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO HOSPITALAR PSIQUIÁTRICO DE LISBOA, QUALIDADE: DESAFIO DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL (anexo - XVII).
- Publicação de um artigo na revista Toxicodependências " A EFICÁCIA DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL NA REDUÇÃO DO CONSUMO ABUSIVO DE ÁLCOOL NA PESSOA ADULTA - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA" (apêndice - IV).
- Atualmente integro um grupo de estudo do "Impacto de um Programa de Educação para a Saúde na Gestão do Tratamento da Hepatite C em Doentes, Médicos e outros Profissionais de Saúde dos Centros de Respostas Integradas".

7. - PERSPECTIVAS FUTURAS E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório contribuiu para o desenvolvimento de um processo de auto reflexão, promoveu autoconhecimento, assim como contribuiu para um *saber fazer e saber estar*, competências fundamentais na implementação da relação de ajuda, assim como pilares da intervenção psicoterapêutica. Por outro lado, a realização do estágio constituiu uma experiência enriquecedora em termos pessoais e profissionais, que contribuiu de forma privilegiada para promover a aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em ESM na área da promoção da adesão terapêutica em clientes com conjugação de patologias de adição.

Este percurso não foi de modo algum simples, linear ou ausente de dificuldades, pelo contrário, criou-me constantemente um desafio, de forma a refletir nas minhas atitudes e procurar estratégias que me levam no sentido da qualidade, humanismo e inovação, tendo como principal objetivo promover estilos de vida saudáveis facilitando a adesão ao processo terapêutico. A complexidade da problemática, que me propus abordar acarreta, no mundo atual, novos desafios e exigências aos profissionais de saúde à medida que os cuidados de saúde prestados a estas populações encetam novas abordagens, exigindo da enfermagem ferramentas cada vez mais eficazes e cientificamente fundamentadas, que apontam para a essência da relação a ser estabelecida com o indivíduo/grupo e família. A OMS, lançou uma estratégia global para combater os efeitos nocivos do álcool - é a primeira iniciativa de âmbito internacional para encorajar um debate sobre a saúde e formular políticas orientadas de saúde pública. Esta iniciativa requer vontade política, grande apoio e empenho dos profissionais de saúde e dos governos (WHO, 2011).

Neste âmbito pretende-se, num futuro próximo, que todo este meu percurso se traduza na prestação de cuidados especializados de excelência, na área de especialização de ESM, que se deverá revelar numa melhoria significativa do padrão de qualidade dos cuidados prestados, em prol de uma ciência que constitui o corpo de conhecimentos da profissão de enfermagem, com a visibilidade necessária para a atribuição de uma importância real e efetiva por toda a sociedade. Apesar da indefinição quanto ao futuro do IDT, onde atualmente exerço funções, tenho planeado conjuntamente com uma psicóloga da equipe, construir um grupo terapêutico de pessoas aditas de cocaína e álcool. As intervenções a preconizar seguem os objetivos da ETB para os grupos famílias.

Num exercício profissional cada vez mais exigente, é requerido aos enfermeiros não só uma competência técnica científica, mas também um agir conduzido por princípios ético – morais, que conjugada com a intencionalidade de desenvolver a relação de ajuda como pilar fundamental de qualquer intervenção terapêutica, constituem-se como fatores essenciais para quem trabalha de uma forma mais profunda na área da saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- ADÉS, J.; LEJOYEUX, M. (1997) – **Comportamentos alcoólicos e seu tratamento**. Lisboa: Climepsi.
- ALARCÃO, I. (2001) - Formação Reflexiva. **Revista Referencia**. Serie I. (6), p.53 –59.
- ALMEIDA, S.C.; ARAÚJO, R.B. (2005) - Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. **Boletim da Saúde**. Porto Alegre. Vol.19 (2), pp.135-142.
- AMARO, F. (2007) - **Esquizofrenia sem estigma**. Empatia, ano 3, n.º 3 (2007), Dezembro: 1-2. [Acedido em 17.02.2012 às 20h00m]. Disponível em: http://www.iscsp.utl.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=205
- ANDRADE, L. & GORENSTEIN, C. (1998) - Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade. **Revista de Psiquiatria Clínica**. 25 (6), p. 285-290.
- ANDRÉ, M. (2005) - **Adesão à Terapêutica em Pessoas Infectadas pelo VIH/SIDA. Estudo exploratório em sujeitos do Centro de Convívio e do apoio ambulatorio de um serviço da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa**. Stória Editores Lda. Lisboa. 183pp.Tese de Mestrado.
- ANGEL, P.; RICHARD, D.; VALLEUR, M.(2002) – **Toxicomanias**, 1ª Edição, Lisboa, Climepsi Editores. ISBN 972-8272-11-1.
- Balsa et al. (2008) - **Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral**: Lisboa, IDT, ISBN: 978-972-9345-66-1.
- BÄUML, J. et al. (2006). - **Psych education: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families**. Schizophrenia Bulletin, V.32 (1), p. 51-59.
- BENNER, Patrícia (2001) – **De iniciado a perito** - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem. ed. Comemorativa. Coimbra: Quarteto. ISBN: 972-8535-97-X.
- BRANDES D.; PHILLIPS, H. (2006) - **Manual de Jogos Educativos: 140 jogos para professores e animadores de grupos**. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- BUGALHO, António. CARNEIRO, António (2004.) - **Intervenções para aumentar adesão terapêutica em patologias crónicas**. Lisboa: faculdade de medicina de Lisboa.
- CABRAL, Manuel Villaverde & SILVA, Pedro Alcântara (2010) - **A Adesão À Terapêutica Em Portugal: Atitudes E Comportamentos Da População Portuguesa Perante As Prescrições Médicas**. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

- CAMINHA, R. Et al. (2003). **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais – Teoria e Prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- CATELA, A. (2010) - Viver a adesão ao regime terapêutico. Experiências vividas do doente submetido a transplante cardíaco. **Pensar Enfermagem**, vol 14/nº2 (2º semestre). Lisboa. p. 39-54.
- CHALIFOUR, J. (2008) - **A Intervenção Terapêutica. Os fundamentos existencial humanistas da relação de ajuda** (Volume 1 e 2). Loures: Lusodidacta. ISBN:978-989-8075-05-5.
- CHAVES, E., CADE, N. (2004). Efeitos da ansiedade sobre a pressão arterial em mulheres com hipertensão. **Revista Latino-am Enfermagem**. (6) p. 162-167.
- CORREIA, C. (2001) - Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9025. Volume Temático 2, 75-82w
- ET DO BARREIRO (2011) – **Relatório de Actividades**. Barreiro: 2005
- FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha (2007) - **Intervenções Breves: Álcool e outras drogas: estratégias de ajuda para mudar o comportamento**. Lisboa: Climepsi. ISBN: 978-972-796-211-2.
- FLEURY, A. C. C.; FLEURY, M. T. L. (2000) – **Estratégias empresariais e formação de competências**. São Paulo: Atlas.
- GOFFMAN, E. (1980) - **Estigma notas sobre a Manipulação da identidade deteriorada**. Brasil, Zahar. [Acedido em 14.05.2012 às 22h20m]. Disponível em: http://www.iscsp.utl.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=205
- GOLDBERG, A., COHEN, G., e RUBIN, A. (1998) - **Physician assessments of patient compliance whith medical treatment**. Social Science & Medicine, 47(11), 1873-1876.
- GOMES, C. (2010) - Esperança e a Adesão Terapêutica em adultos hospitalizados e não hospitalizados: Estudo exploratório. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto. Tese de Mestrado. [Acedido em 10.10.2011]. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1437/3/dm_carlagomes.pdf
- GRAY, R. et al (2009). **Enhancing Medication Adhrence in People with Schizophrenia: An International Programme of Research**. Australian College of Mental Health Nurses, August.
- HENRIQUES, M. (2006) - Programa de Doutoramento em Enfermagem. **Adesão ao regime terapêutico em idosos**. Revisão sistemática. ESEL. Lisboa.

- HOWK, C. (2004) - Hildegard E. Peplau: **Enfermagem Psicodinâmica**. In TOMEY, A.
- JACK, K. – Exploring self-awareness in mental health practice. **Mental Health Practice** [em linha]. Vol. 12, nº 3 (2008), p. 31-35. [Acedido em 10.01.2012]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=35274851&site=ehost-live>
- KIRITZÉ-TOPOR, P. e BÉNARD, J. (2007) - **Guia Prático Climepsi de Alcoologia**. Lisboa, Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-289-1.
- KNAPP, P., ISOLAN, L. (2005) - Abordagens psicoterápicas no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, V.32, (1), 98-104.
- LIMA-BASTO, Marta (2001) - Que fazem os enfermeiros para promover a saúde da população? - análise preliminar. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 14 n. 2 (2001), p. 19-28.
- MANES S. (2007) - **83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos: Um manual para psicólogos, professores, animadores socioculturais**. Lisboa: Paulus Editora.
- MARLATT, G. A.; G., J. R. (1993) – **Prevenção de Recaída Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos**, Porto Alegre, Artes Médicas.
- MARTINET, Yves; BOHADANA, Abraham (2003) - **O Tabagismo: Da Prevenção à Abstinência**. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-030-8.
- MCCLOSKEY, J., BULECHEK, G. (2004) - **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3ª Edição, Artmed editora. Porto Alegre.
- MELLO, M. L. M.; BARRIAS, J.; BREDÁ, J.(2001) – **Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal**, Lisboa, Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-9425-93-0
- MULLEN, A. (2009). - Mental health nurses establishing psychosocial interventions within acute inpatient settings. **International Journal of Mental Health Nursing**, 18, p.83-90.
- NABAIS, António (2008) – **Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: âmbito e contextos**. Ordem dos Enfermeiros.
- NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (1995) – **The Neuman Systems Model**. 3rd Edition. Norwalk: Appleton e Lange. ISBN 0-8385-6701-0.
- OEDT, (2010) – **Relatório anual 2010: a evolução do fenómeno da droga na Europa**. Luxemburgo.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. ISBN: 92-95040-36-8.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) - **Modelo de desenvolvimento profissional: perfil de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista**. Lisboa.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005) - **Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward**. Copenhagen: WHO/Regional Office for Europe.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2007) - **Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2011) - **Global status report on alcoholic and health**. Geneva: WHO, (2011). [Acedido em 15.03.2012 às 10h00m]. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf
- PAIS, R.; JOSÉ, L. (2007) - **Introdução á psicologia da saúde**. 2º ed. Coimbra: Quarteto. ISBN: 989558-045-2
- PATRÍCIO, Luís Duarte Baptista (2009) – **Tratamento da Dependência de Heroína | A Manutenção Opióide**. Abrantes: Abrangráfica. ISBN: 978-989-96134-0-9.
- PAYNE, R.A. (2003) - **Técnicas de Relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde**. Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-41-X
- PAZ, Fernando C.; BENNASAR, Miguel R. (2007) - **Adherencia Terapéutica en la Esquizofrenia y otros transtornos psiquiátricos**, ISBN: 978-84-9751-192-6.
- PEKKALA, E., MERINDER, L. (2004) - **Psychoeducation for schizophrenia** (Cochrane review).The Cochrane Library, Issue 3.
- PHANEUF, M. (2005) - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures. Lusociência.
- Plano nacional para a redução dos problemas ligados ao álcool 2010 – 2012. Páginas 1-69. actual Nov. 2009. [Acedido em 17.11.2011 às 22h00m]. Disponível em: http://www.idt.pt/PT/IDT/RelatoriosPlanos/Documents/2010/PNRPLA_2010_2012.pdf
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde (2004) – **Plano nacional de saúde**. Lisboa: DGS.
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental (2007) – **Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal**. Lisboa: DGS.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, n.º 129/2011, **Diário da República**, 2.ª série - N.º 35 - 18/02/2011.
- ROSA, M., ELKIS, H. - (2007). Adesão em esquizofrenia. **Rev. Psiqu. Clin.** 34, supl. 2, São Paulo, SP. p. 189-192.
- ROSELLINI, G. M. (1996) – **Pensamento Destrutivo**, Edições ATT. ISBN 972-8272-15-4.

- SCHÖN, D. (2000) – **Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e aprendizagem**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- SCHUCKIT, M.A. (1998) - **Abuso de Álcool e Drogas**. 1ª Edição, Lisboa, Climepsi Editores. ISBN: 972-97250-7-1.
- SEQUEIRA, Ana; LOPES, Joaquim (2009) - **Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência**. In: Toxicodependências. Lisboa. ISSN: 0874-4890. Vol.11, nº 1. p. 67-76.
- SEQUEIRA, C. (2006) - **Introdução à prática clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica**. 1ª ed, Quarteto. Coimbra.
- SILVA, Adelaide; ÁLVARES, Paula, s.d (1991) - **O diálogo sobre humanização dos cuidados ou uma aventura para reflectir**. Ed. Ministério da Saúde. Servir (Lisboa, Portugal).39(2): 1991 Mar-Abr 81-84.
- SILVA, Tânia; QUINTAS, Jorge (2010) - **Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento**. In: Toxicodependências. Lisboa.
- SIMÕES, R. (2010) - A Adesão ao Regime Terapêutico e a Relação Enfermeiro-Doente. Lisboa. **Hospitalidade**. Ano 74/nº290 (Outubro-Dezembro).
- SOURCE, Lloyd C. (2002) - **Case Management in Early Psychosis: a handbook**. [Acedido em 15.02.2012 às 22h00m]. Disponível em: http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2002/EarlyPsychosis_guide.pdf
- STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette (1999) – **Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª Edição. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-05-3.
- TOMEY, A. M. e ALLIGOOD, Martha Raile (2004) - **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-74
- TOWNSEND, M.C. (2011) - **Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica**. 6ª Edição. Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-61-5
- VANELLI, I. et al. (2011) - Adaptação e Validação da Versão Portuguesa da Escala de Adesão à Terapêutica. **Acta Med Port**.24, pp17-20.

ANEXOS

ANEXO I
(RESUMO DOS ARTIGOS)

A Prática Baseada na Evidência como instrumento de boas práticas em situação de contexto clínico

Como discentes do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem: na área de especialização de saúde mental e psiquiátrica aprendemos a refletir sobre a importância da prática baseada na evidência.

A prática baseada em evidências é uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde, cada vez mais utilizada em enfermagem, aprofundando o conhecimento científico do cuidar e contribuindo assim para uma maior visibilidade da profissão.

“A melhor evidência é oriunda da pesquisa clínica relevante, focada no paciente para aprimoramento das medidas de diagnóstico, indicadores de prognóstico e tratamento, reabilitação e prevenção. Sua busca deve ser feita em fontes primárias e secundárias de busca. As fontes primárias são bancos de dados on-line, como CINAHL, MEDLINE, EMBASE, COCHRANE LIBRARY, entre outros. Deve-se buscar revisões sistemáticas já realizadas sobre o tema e estudos compatíveis metodologicamente com a evidência que se deseja encontrar”, citado por (EDIVANE PEDROLO, 2009, p. 761).

O enfermeiro deverá estar assim habilitado para efetuar a pesquisa uma vez que contribui para a produção e validação do conhecimento, embora tendo sempre uma visão crítica e responsável.

A prática baseada na evidência facilita o progresso dos profissionais de saúde com a compilação dos dados de vários estudos com boa qualidade metodológica sobre um determinado tema num único estudo, o que a torna uma ferramenta do processo de trabalho do enfermeiro. Estes profissionais de saúde deverão cada vez mais reconhecer a necessidade de identificar, avaliar e aplicar a melhor evidência na sua prática.

Nesse sentido, e além da pesquisa bibliográfica exaustiva atrás referenciada, foi ainda realizada uma revisão sistemática de literatura, utilizando como recurso as bases de dados eletrônicas que figuram no servidor EBSCO e SCIELO.

A pesquisa não produziu o efeito desejado já que no servidor EBSCO dos 9 artigos encontrados sob os prescritores “methadone” AND “alcohol consumption” apenas 2 se mostraram compatíveis com a nossa temática. Já no que respeita ao servidor Scielo, não foi encontrado nenhum artigo sob os prescritores acima referidos.

Neste contexto e perante a escassez de artigos nas bases de dados científicas, tornou-se

pertinente a pesquisa através do motor de busca Google, sob o tema “consumo de álcool em toxicodependentes em programa de metadona”, tendo sido encontrados 2 artigos que cumpriram os critérios de seleção e versavam sobre a respetiva temática - "Padrões de Consumo de Álcool em Programa de Substituição de Opiáceos" e "Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento".

As principais conclusões retiradas dos artigos foram:

- **"Padrões de Consumo de Álcool em Programas de Substituição de Opiáceos":**
 - O Padrão de Consumo de Álcool (PCA) em programas de substituição é uma realidade que deve ser considerada, particularmente nos utentes em Programa de Substituição com Metadona (PSM).
 - O problema do consumo de álcool na população toxicodependente em PSM deve ser considerado com a devida atenção, visto que pode representar um problema grave na estabilidade dos pacientes e no resultado do programa de tratamento.
 - O acompanhamento, orientação e tratamento do alcoolismo, nas unidades de tratamento da toxicodependência, deve ser realizado simultaneamente com o programa de substituição de opiáceos e com uma avaliação psicopatológica continuada.
- **"Consumo de álcool em toxicodependentes em tratamento":**
 - A frequência e padrões de consumo de álcool deve constituir uma medida de avaliação para um Programa de Substituição Opiácea (PSO) bem sucedido (Backmund, 2005) e, conseqüentemente, uma mais-valia para a melhoria da qualidade de vida e da saúde dos toxicodependentes e família.
 - O comportamento do consumo de álcool entre indivíduos alcoólicos (dependentes) inseridos em PSO era caracterizado por períodos de elevados consumos alternadamente com breves períodos de abstinência Bickel e Rizzuto (1991) .
 - Os resultados evidenciam semelhanças nas causas e conseqüências do consumo abusivo de álcool, quando comparado com o consumo de outras substâncias psicoactivas e permitem também concluir a supremacia dos fatores psicológicos e culturais na manutenção de padrões comportamentais disfuncionais (abuso de substâncias) em detrimento da primazia da substância.
 - O consumo de álcool em toxicodependentes em PSO, tende a ser muito frequente, devendo ser considerado com a devida atenção, visto que pode representar um problema grave na estabilidade dos clientes e no resultado do tratamento.

Os artigos de investigação sobre a nossa problemática evidenciaram diversos processos de trabalho e estratégias de intervenção que permitem o desenvolvimento de competências e aplicação das técnicas da prática baseada na evidência no contexto de estágio.

Espera-se que os resultados possibilitem atingir o objetivo último de assegurar que os cuidados prestados serão baseados na melhor evidência científica disponível.

ANEXO II
(GUIÃO DE ENTREVISTA DE ACOLHIMENTO)



MINISTÉRIO DA SAÚDE



DRLVT UNIDADE DE ALCOOLOGIA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nome: _____

Nº de Processo: _____

Nº de Cama: _____

Equipa: _____

UNIDADE DE ALCOOLOGIA

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Data de Inter. ____/____/____

Data de Alta ____/____/____

COLHEITA DE DADOS

1. Identificação

Nome: _____

Nome pelo qual prefere ser tratado: _____

Sexo: masculino ☐ ; feminino ☐

Estado Civil: solteiro ☐ ; casado ☐ ; união de facto ☐ ; separado ☐ ;
divorciado ☐ ; outros ☐ _____

Data de nascimento ____/____/____;

Idade: _____

Natural de: _____; Reside em: _____

Escolaridade: _____

Profissão / Situação: _____; empregado ☐;

de baixa ☐ , há _____

desempregado ☐ , há _____

Co-responsável: _____

Grau de Parentesco: _____

Pessoas a contactar em caso de necessidade:

_____ ; Telef. _____ ; Tlm. _____

_____ ; Telef. _____ ; Tlm. _____

Internamentos anteriores no CRAS: sim ☐

há quantos anos? _____

Quanto tempo de abstinência? _____

não ☐

Internamentos anteriores noutros serviços:

sim ☐

não ☐

para desintoxicação _____

por causa
psíquica _____

por causa física _____

2. Genograma / antecedentes familiares:

Relação familiar: sem problemas ☐

com problemas ☐

Justificação _____

Relação social: sem problemas ☐ com problemas ☐
Justificação _____

Problemas judiciais: sim ☐ não ☐
Quais? _____

3. Comportamentos aditivos:

3.1. Dependência álcool

Primeiro contacto: _____

Início da dependência: _____

Bebida/s preferida/s: _____

Quantidade ingerida, em gramas, por dia: _____

Circunstâncias do uso (local e periodicidade): _____

Último consumo: _____

3.2. Dependência de drogas

sim ☐ não ☐

Substância		Modo de administração	Consumo diário	Início do consumo	Último consumo
Cocaína					
Heroína					
Cannabis / Haxixe					
Anfetaminas					
Barbitúricos					
Ecstasy					
BZD					

Metadona: sim ☐ não ☐

Dose diária

Há quanto tempo?

Centro de Apoio

3.3. Dependência de tabaco

sim ☐ não ☐

Nº de cigarros/ dia.

Início do consumo:

Tentativas para deixar de fumar: sim ☐ não ☐

3.4. Outros

sim ☐ não ☐

Quais?

4. Antecedentes pessoais:

Alergias: sim ☐ não ☐ não sabe ☐
quais?

Hipertensão: sim ☐ não ☐ não sabe ☐
faz medicação?

Doença cardíaca: sim ☐ não ☐ não sabe ☐

qual? _____ faz medicação?

Diabetes: sim ☐ não ☐ não sabe ☐

Que tipo? _____ faz medicação? _____

Epilepsia: sim ☐ não ☐

_____ faz medicação? _____ data da última crise
____/____/____

Crises convulsivas: sim ☐ não ☐ não sabe ☐

Associada consumo de álcool? _____ data da última crise
____/____/____

Acidentes: sim ☐ não ☐

Que tipo? Doméstico ☐ ; viação ☐ ; trabalho ☐ especificar

Outros:

5. Sinais vitais

T.A. ____/____ mmHg

F. C. ____ bat/min

Temperatura ____ °C

Respiração ____ ciclos/min

Álcool teste: negativo ☐ ; positivo ☐ ____ g/l

6. Avaliação física e psíquica:

Peso: ____ kg – entrada

Peso: ____ kg – saída

Altura: _____ m

Pele de mucosas : rosadas ☐ ; pálidas ☐ ; cianosadas ☐ ; desidratadas ☐

Estado nutricional: bom ☐ ; regular ☐ ; mau ☐

Parâmetros a avaliar	Alterações observadas
Higiene e conforto	
Vestuário: adequado ☐ ; não adequado ☐	Ajuda parcial ☐ ; Ajuda total ☐
Corporal: adequada ☐ ; não adequada ☐	Obs. _____

Alimentação e hidratação Tipo de dieta, normal: sim ☐ ; não ☐ Nº de refeições/dia: _____ Nº de cafeinados/dia: _____ Ingestão de leite: sim ☐ ; não ☐	 Dieta especial: _____ Obesidade ☐ ; Desnutrição ☐ Desidratação ☐ Obs. _____
Eliminação Vesical, normal: sim ☐ ; não ☐ Intestinal, normal: sim ☐ ; não ☐ Sudorese, normal: sim ☐ ; não ☐	 Anúria ; Polaquiúria ; Disúria Obstipação ; duração Diarreia , caract. /freq. _____ Obs. _____
Sono e repouso Adequado: sim ☐ ; não ☐	 Insónia: inicial ☐ , terminal ☐ , pesadelos ☐ Faz medicação? _____ Obs. _____
Mobilidade e postura	

Sintomatologia apresentada

Anorexia	☐	Irritabilidade	☐
Vômitos	☐	Cefaleias	☐
Gastralgias	☐	Tonturas	☐
Astenia	☐	Tremores: digitais ☐ ; generalizados ☐	
Cãimbras	☐	Algias: musculares ☐ ; articulares ☐	
Edemas	☐	Problemas de pele ☐ _____	

Medicação no domicílio	Doença infecto-contagiosas

ANEXO III
(SESSÕES PSICOEDUCATIVAS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE - TETRADIN)



ESCOLA SUPERIOR DE LISBOA

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM SMP

Ensino Clínico

Unidade de Alcoologia de Lisboa - IDT

PLANO DE SESSÃO

Sessões psicoeducativas de Educação Para a Saúde - Tetradin

OBJECTIVO GERAL: Capacitar os utentes para a autogestão do medicamento, promovendo a Adesão ao Tratamento.

GRUPO A QUE SE DESTINA: Utentes internados na U.A.

LOCAL: Sala de conferências da U.A.

DATA: 06/11/2011 e 25/11/2011

HORA: 14h30

DURAÇÃO: 45 min cada.

ELABORADO POR: Alcides Rodrigues

ORIENTADO POR: David Paniagua

MATERIAL DE APOIO: Computador e Data Show

OBJECTIVOS GERAIS DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO:

Finalidade: Promover a compreensão da importância do tetradin no processo terapêutico;

Meta: Dotar os utentes de estratégias de *coping* para melhorar a adesão ao tratamento

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover a aquisição dos conhecimentos mais relevantes sobre a doença e sobre os tratamentos;
- Melhorar a aceitação da doença;
- Que os utentes procedam à introspeção;
- Criar um momento de partilha e reflexão;
- Promover a adesão ao tratamento.

ANEXO IV
(QUESTIONÁRIO)

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

MÓDULO: _____	DURAÇÃO: _____
FORMADORES _____	
LOCAL: _____	HORÁRIO: _____

Para uma evolução continua a nível formativo solicitamos o preenchimento deste questionário, considerando a seguinte escala:

1 - Fraco; 2 - Suficiente; 3 - Bom; 4 - Muito Bom.

Se não quiser manifestar a sua opinião ou não quiser responder, poderá deixar a respectiva linha em branco.

1.	CONTEÚDOS
1.1	Pertinência dos conteúdos apresentados
1.2	Compreensão dos conteúdos expostos
1.3	Conhecimentos adquiridos
1.4	Aplicação futura da aprendizagem realizada

1	2	3	4

2	AVALIAÇÃO GLOBAL DOS FORMADORES
2.1	Atribuo o valor global de

1	2	3	4

ANEXO V
(AVALIAÇÃO DA 1ª SESSÃO)

AValiação da 1ª Sessão

A avaliação da 1ª sessão, foi efetuada através de um questionário que foi disponibilizado aos utentes no final da sessão.

A avaliação da sessão psicoeducativa efetuada com base na inquirição dos utentes, constituiu uma forma positiva de avaliação da atividade desenvolvida, configurando, o inquérito, um instrumento terapêutico, uma vez que estimula a auto-reflexão sobre a apreensão dos conteúdos.

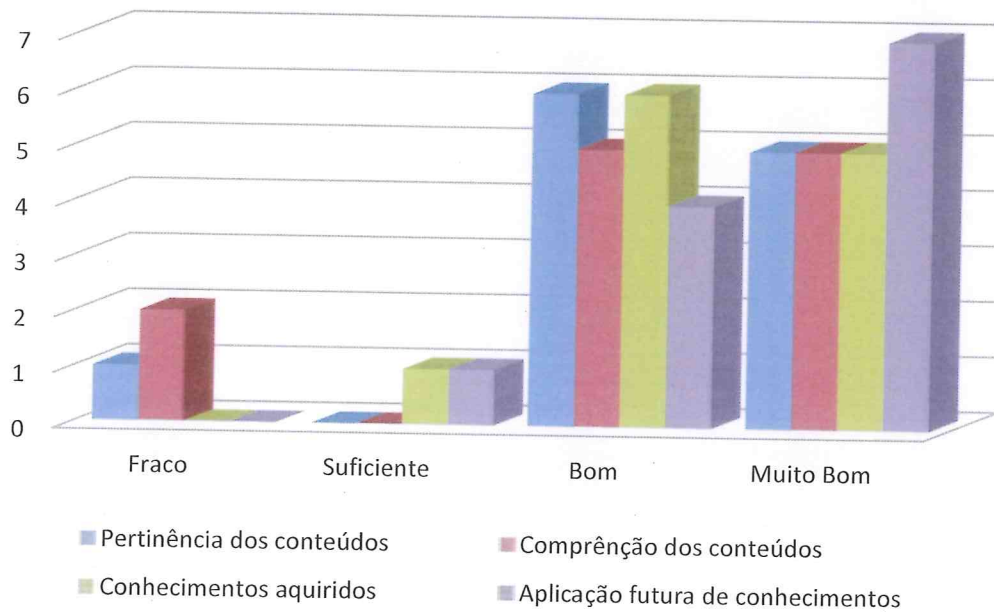
Não obstante, as disfunções comportamentais em utentes com adição muitas vezes comprometem o sucesso das ações que se pretendem desenvolver. Este caso não foi exceção já que no seio do grupo se encontrava um utente que pelo simples facto de ter de estar presente na sessão psicoeducativa demonstrou atitudes de negação e evidenciou grandes dificuldades de relacionamento.

As intervenções do referido utente, que já tinha integrado o mesmo projeto terapêutico em anteriores internamentos, consubstanciaram-se na renúncia em aprender invocando o conhecimento do projeto terapêutico em geral e o uso do tetradin em particular e no fomentar a inutilidade deste momento de aprendizagem junto do restante grupo, mas sem grande adesão.

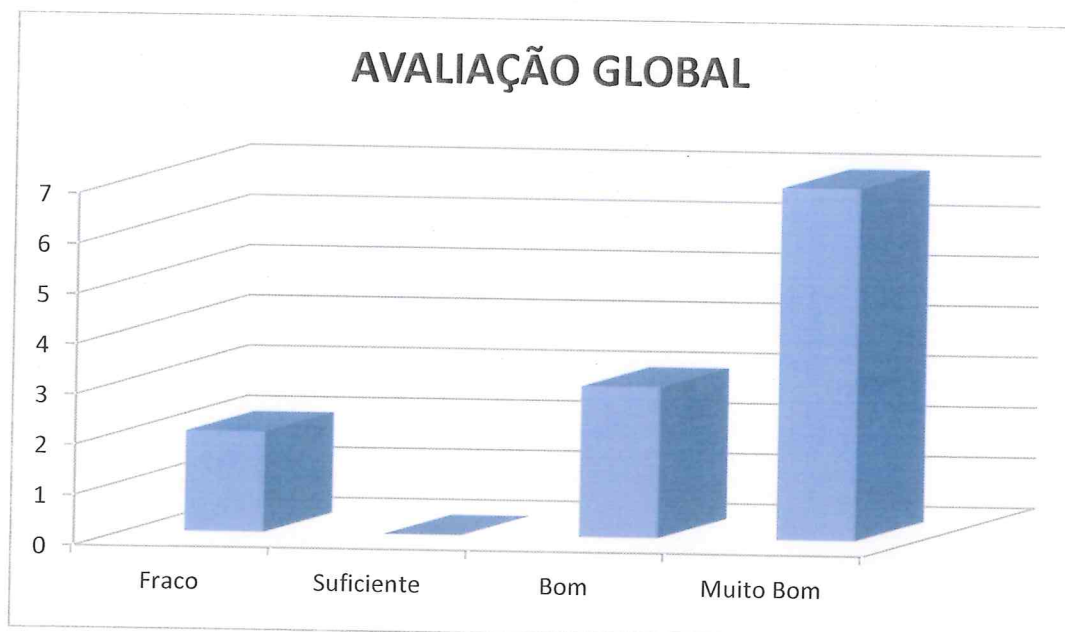
Os sentimentos demonstrados pelo referido utente ao longo de toda a sessão foram de zanga, facto que se conseguiu inferir perfeitamente através da sua avaliação, tal como é demonstrado pelo gráfico relativo à avaliação dos conteúdos.

Não obstante este facto a avaliação global foi muito bom tal como a generalidade das avaliações sobre os conteúdos.

CONTEÚDOS



AVALIAÇÃO GLOBAL



ANEXOS VI
(CHECK LIST)

Check List para Validação da Adesão Terapêutica

Nome:			
		Avaliação Inicial	
DATA:		/	/
Pontualidade (P)/Esquecimento (E)			
Identificação do Fármaco			
Dosagem			
Diminui o <i>Craving</i> (tira a vontade de beber)			
Percepção dos cuidados com a alimentação:			
- Comida cozinhada com vinho			
- Bombons com álcool (licor), gelados c/ beb. Alcoólicas			
- Cerveja dita sem álcool (contem geral/uma peq. quant)			
- Vinagre nos alimentos			
- Pickles, maionese e mostarda			
Sabe quais as precauções adicionais:			
- After-shave, perfumes ou tónicos que contenham álcool			
- Usar xaropes ou elixires contendo álcool			
- Por álcool na pele ou cheirar cheirar álcool			
Conhece as reações adversas (dissulfiram/álcool), mais frequentes:			
- Rubor na face e tronco superior,			
- Cefaleia pulsátil (dor de cabeça latejante)			
- Sudorese intensa - transpirar muito			
- Tonturas			
- Náuseas, ou Vômitos			
- Dores no peito, Taquicardia (Palpitações)			
- Mal estar geral			
Problemas de aceitação da terapêutica (Tetradim)			
Estratégias individuais propostas para adesão terapêutica			

ANEXO VII
(AVALIAÇÃO DA 2ª SESSÃO)

Registo de Avaliação da Intervenção

Tema: Tetradin (Dissulfiram)

Objetivo Geral: Capacitar os utentes para a autogestão do medicamento. Promovendo a Adesão a
Promover uma maior consciencialização acerca da auto-estima, assim como apur
pela criação de estratégias que visam aumentar a adesão ao tratamento.

Data: 25 de Novembro de 2011

Participantes	Motivação Participação	Atenção Concentração	Comportamento	Interacção Relação	Satisfação
Augusto Varela	3	3	4	3	2
Juvenal Carvalho	2	3	4	3	3
João Cunha	2	3	4	3	3
José Costa	2	3	4	2	2
Paulo Monteiro	2	3	4	3	3
Joaquim Sousa	2	2	4	2	2

Legenda:

Motivação/Participação	Atenção/Concentração	Comportamento	Interacção
1-Recusou integrar o grupo, sem motivação	1-Não apresenta	1-Agitado/inquieto	1-Não intera
2-Necessitou de estimulação	2-Com algumas baixas ao longo da atividade	2-Lentificado	2-Interage só estimulado
3-Participou espontaneamente com motivação	3-Em toda a atividade	3-Desorganizado	3-Interage de espontânea
		4-Adequado	

ANEXO VIII
(CONSENTIMIENTO INFORMADO)

AO CORPO MÉDICO QUE ME TRATE NUMA EMERGÊNCIA	
Este doente está a tomar DISSULFIRAM (Tetradin 6), o antagonista alcohólico oral, em dose de _____ mg por dia. Em caso de emergência contactar o Centro de Informação Anti-Venenos e Intoxicações, tel.: 808 259 143.	
NOME _____	UNIDADE _____
MÉDICO _____	
TELEMÓVEL _____	
ASSINATURA _____	
DATA ____/____/____	
(Por esta assinatura, o doente compromete-se a tomar o dissulfiram rigorosamente de acordo com as normas da prescrição médica, nas doses e nas horas prescritas, não o misturando com álcool e na presença do co-responsável pelo tratamento, quando o houver. Declara estar ciente das implicações que decorrem para a sua saúde do tratamento com dissulfiram, caso não respeite as precauções referidas no verso).	
-O doente não deve beber álcool, em qualquer forma ou quantidade, incluindo: Comida cozinhada com vinho Bombons com álcool (licor), gelados com bebidas alcoólicas Cerveja dita sem álcool (contém, geralmente, uma pequena quantidade de álcool) Não deve pôr vinagre nos alimentos Não deve usar perfumes, after-shaves ou tónicos capilares com álcool, pôr álcool na pele ou cheirar álcool Não deve usar xaropes ou elixires (que se vendem sem receita médica) contendo álcool. Evite o contacto com brometo de etilo ou o seu vapor (usado em fumigações como insecticida ou nematocida), com solventes orgânicos, colas, tintas e gasolina com chumbo. Evite o excesso de alimentos ricos em nitratos (carnes em salmoura, carnes enlatadas, enchidos, presunto, fiambre, alguns queijos) -Caso não respeite estas precauções poderá sentir os seguintes sintomas (reacção dissulfiram-álcool): Rubor na face, dores de cabeça fortes Náuseas, vômitos Suores, tonturas, confusão mental Baixa de tensão arterial Dores no peito	

ANEXO IX
(JOGO DA APRESENTAÇÃO)

PLANO DE SESSÃO

JOGO DA APRESENTAÇÃO

OBJECTIVO GERAL.

Promover um espaço dinâmico que permita a livre comunicação dos utentes entre si.

Este jogo terapêutico é uma ferramenta de aprendizagem importante, na medida em que pretende estimular o interesse do utente em expressar os seus sentimentos e emoções.

O jogo ajuda os utentes a descontrair em grupo e promove a comunicação, ao mesmo tempo que os ajuda a reconhecer em si determinadas características.

GRUPO A QUE SE DESTINA: Utentes internados na U.A.

LOCAL: Sala de conferências da U.A.

DATA: 04/11/2011

HORA: 14h30

DURAÇÃO: 45 min.

ELABORADO POR: Alcides Rodrigues

ORIENTADO POR: David Paniagua

MATERIAL DE APOIO: Recortes de revistas e Imagens retiradas da internet

OBJECTIVOS GERAIS DO JOGO TERAPÊUTICO:

Finalidade: Promover a compreensão da importância do estabelecimento de relacionamentos com outras pessoas no âmbito do processo terapêutico;

Meta: Dotar os utentes de estratégias para melhorar a sua relação com os outros, contrariando o isolamento social, propiciado pela dependência de consumos.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Desenvolver o relacionamento interpessoal;
- Identificar a importância da interação em grupo;
- Ajudar os doentes com problemas de isolamento social;
- Que os utentes procedam à introspeção;
- Criar um momento de partilha e reflexão;
- Promover a adesão ao tratamento.

DESENVOLVIMENTO

O jogo terapêutico da apresentação, será realizado da seguinte forma:

Todos os utentes serão sentados numa roda; São colocadas na mesa da sala varias imagens, todas elas com um sentido (Mediadores de expressão), seleccionadas de forma a abranger uma significativa variedade de temas. Os utentes (24 no total) serão divididos em grupos de 6 elementos cada. Cada grupo deverá eleger um representante (porta-voz) que procederá à escolha das imagens, até um máximo de 3. A escolha das imagens deverá ser identificativa das experiencias vivenciadas pelos vários elementos do grupo (gostos, desgostos, desejos, sonhos, problemas...).

Posteriormente, o porta-voz deverá apresentar-se e apresentar os restantes elementos do grupo; mostrar a imagem seleccionada e explicar para a restante plateia o porquê da escolha daquela imagem, relacionando-a com as vivências dos diversos elementos.

A participação no jogo, segue uma ordem pré-estabelecida.

ANEXO X
(RELAXAMENTO TERAPÊUTICO)



RELAXAMENTO TERAPÊUTICO

– Plano de sessão –

Objectivo geral:

Contribuir para o aumento da sensação de bem-estar psíquico dos utentes induzindo o relaxamento através da técnica progressiva de Jacobson.

A introdução desta técnica é importante como forma de diminuir a ansiedade dos utentes. Permite acalmar o seu pensamento e torná-lo positivo, promover a diminuição da ansiedade e do stress, proporcionar a calma e o bem-estar, promover a concentração, estabelecer com o utente uma relação terapêutica e promover o relaxamento muscular.

Objetivos específicos:

- Promover o relaxamento como forma de diminuir e controlar os níveis de ansiedade através da indução de um estado de calma;
- Estimular a capacidade de concentração;
- Estimular a expressão de sentimentos/emoções;
- Estimular a sensibilidade propriocetiva;
- Reforçar a relação terapêutica técnico/utente;
- Promover a atividade física como estilo de vida saudável.
- Promover a adesão ao tratamento.

Destinatários: Utentes internados na U.A.L.

Contexto: Estágio da AESMP

Data: 12/11/11 a 30/11/11

Hora: 18:00

Local: Ginásio da U.A.L

Duração: 30 minutos

Elaborado por: Alcides Rodrigues

Orientado por: David Paniagua

ANEXOS XI
(TREINO DE RELAXAMENTO PROGRESSIVO)

SESSÃO DE RELAXAMENTO

Treino de Relaxamento Progressivo

(Adaptação do Modelo de Bernstein & Given, 1984)

Coloquem-se numa posição confortável deitados, com os braços ao longo do corpo, as pernas esticadas e fechem os olhos.

Vou guiá-los através de alguns dos músculos mais importantes do corpo, pedindo para os contrair e relaxar, um a um. Isto vai ajudar a ter uma sensação de relaxamento físico e mental. À medida que a sessão decorrer irão sentir os músculos e outras sensações que irão aprender a identificar e libertar. Quando quiserem relaxar poderão usar esta técnica.

RESPIRAÇÃO

Deixem que a vossa respiração estabilize e reparem no seu ritmo natural... sintam o ar a fluir... agora façam uma expiração um pouco mais longa e sintam o ar sair dos pulmões... a seguir deixem o ar entrar, deixem que ele encha os vossos pulmões suavemente... e depois... expirem lentamente, libertando todo esse ar... façam novamente uma respiração natural...

Inspirem ... Expirem ...

Inspirem ... Expirem ...

Inspirem ... Expirem ...

BRAÇOS

Aranha

Gostaria agora que focassem a atenção nos braços... sintam os vossos braços ao longo do corpo... com a palma da mão para baixo pressionem lentamente a ponta dos dedos contra o chão, movendo-os no sentido da palma da mão, até ficarem com a forma de uma aranha e mantenham essa posição... agora... reparem nas sensações das vossas mãos e antebraços... sintam as mãos tensas, sintam-nas a desenvolver..., a seguir, relaxem... deixem a tensão sair... relaxem os músculos, dando tempo à mão para ficar mais e mais relaxada... reparem na sensação quando ela ficar completamente relaxada.

Bastão

Focando a atenção nos braços... façam força com a mão fechada até ficar em forma de punho.... sintam a tensão dos músculos na mão ... a seguir estiquem o braço ao longo do corpo e façam força até ficar rígido como um bastão e mantenham essa posição agora sintam a tensão ao longo do braço, mas não exagerem ... sintam os músculos tensos e quentes ... e a seguir ... relaxem lentamente ...

sintam os músculos a soltarem-se se e o braço a ficar mole ... reparem no alívio, nessa sensação boa ... continuem a relaxar até sentir o último vestígio de tensão desaparecer .. , sintam os músculos do braço totalmente relaxados ...

PERNA

Pés a apontar para a cara

Vamos focar-nos agora nas pernas estendidas no chão... vamos apontar os pés no sentido da cara, com a parte de trás dos joelhos no chão e manter essa posição... agora... reparem nas sensações que estão a ter, os músculos a trabalhar, a tensão a acumular ... e a seguir relaxem ... e à medida que libertam os músculos das pernas, sintam a tensão a sair sintam a tensão a continuar a sair e as pernas a ficar cada vez mais relaxadas..

Pés a apontar para longe da cara

Mantendo a atenção nas pernas, vamos agora apontar com os pés para baixo, como se estivéssemos a apontar para algo que está longe ... calmamente vamos apontar os dedos dos pés até sentir-mos que não conseguimos mais manter essa posição ... vamos sentir a tensão e calor na barriga da perna ... de seguida ... relaxem... deixem que a tensão se dilua ... sintam o conforto a voltar às pernas ... reparem nas sensações que sentem com este relaxamento dos músculos ... e continuem a relaxar ...

RESPIRAÇÃO (2)

Voltem a atenção novamente para a respiração... não tentem controlar a respiração, deixem-na fluir naturalmente... percebam o seu ritmo natural ... coloquem uma mão na parte de cima da barriga e reparem nos seus movimentos ... deixem que a respiração se guie a si própria ...

Inspirem ... Expirem ...

Inspirem ... Expirem ...

Inspirem ... Expirem ...

Podem agora colocar a mão ao longo do corpo outra vez...

ABDÓMEN

Concentrem-se agora nos músculos abdominais (da barriga)..., contraíam esses músculos tornando a barriga rígida sintam a tensão no peito e barriga, os músculos tensos e quentes ... e ... relaxem deixem que os músculos relaxem ... sintam a sensação de relaxamento a crescer

OMBROS

Vamos passar agora às costas... vamos centrar toda a atenção nas costas e ombros ... coloquem os ombros para trás, como se tentassem que se tocassem um ao outro atrás das costas (sem fazer demasiado esforço) ... sintam as costas a serem comprimidas, sintam o peito ao ser levantado do chão ... e de seguida ... relaxem, aliviem a tensão, sintam as costas novamente a repousar no chão ... reparem nas sensações de relaxamento e centrem-se nestas sensações

Elevação

Passando à região do pescoço, gostaria que levantassem os ombros empurrem-nos para cima se quisessem tocar as orelhas e mantenham essa posição sintam a tensão na parte debaixo do pescoço, os músculos que trabalham lembrem-se dessa sensação... e ... relaxem ... deixem os ombros cair lentamente sentindo a tensão a sair e o relaxamento a entrar ...

NUCA

Vamos passar agora à cabeça, vamos manter o queixo junto ao peito e pressionar a cabeça contra o chão ... agora reparem nos músculos que estão a trabalhar ... a tensão na parte detrás do pescoço ... e relaxem ... deixem ir ... sintam a área a relaxar ... reparem na sensação de alívio em todo o pescoço...

PARTE SUPERIOR DA FACE

Elevação das sobrancelhas

Passando à cara ... levantem as sobrancelhas ... levantem-nas alto e sintam a testa franzida. mantenham essa posição ... agora, sintam a tensão nos músculos da testa e no centro da cabeça.. e... relaxem... deixem a tensão soltar-se... sintam a tensão a desaparecer ... e os músculos da testas a relaxarem mais e mais ...

Frânzuir as sobrancelhas

Agora centrem-se nos músculos do sobrolho ... juntem as sobrancelhas como se procurassem ver algo que está longe e mantenham essa posição ... agora .. dêem conta da sensação que se obtém, músculos a contrair e tensão a acumular ... de seguida relaxem ... aliviem a tensão ... sintam as sobrancelhas a estenderem-se para os lados imaginem o espaço entre elas a aumentar ... reparem na confortável sensação que a acompanha ... continuem até que a toda a tensão desapareça ...

Olhos

Com os olhos fechados. sem mexer a cabeça, virem os olhos para cima ... agora ... mantenham o olhar fixo em cima por momentos reparem... na... tensão... dos... músculos ... voltem com os olhos para a posição central... olhem para baixo, como se olham-se para os pés ... agora ... aguardem um momento ... depois voltem ao centro .. olhem para a direita ... agora ... mantenham firme essa

fixação ... voltem para a frente ... e para a esquerda ... agora ... aguentem ... de seguida tragam os olhos de volta para a frente ... e ... relaxem ... deixem os olhos sentirem-se relaxados ... reparem como se sentem com os olhos nessa posição finalmente, rodem os olhos no sentido dos ponteiros do relógio ... reparem nas sensações de tensão ... agora rodem-nos na direcção oposta à dos ponteiros do relógio ... reparem novamente na sensação de tensão... de seguida ... deixem-nos relaxar por completo até a tensão os abandonar ...

PARTE INFERIOR DA FACE

Maxilar inferior

Foquem agora toda a atenção na zona da boca ... coloquem os dentes de trás juntos ... façam-no com firmeza mas sem os apertar demasiado ... agora sintam a sensação no seu maxilar como se tivessem estado a mastigar carne rija mantenham ... e "relaxem ... aliviem os músculos do maxilar ... sintam a tensão a desaparecer e a ficar cada vez mais relaxados ...

Lábios

Agora. pressionem os lábios firmemente um contra o outro como se estivessem a rejeitar uma comida desagradável ... agora ... mantenham os lábios contraídos sintam a tensão nos músculos da face e o calor a fluir ... e de seguida ... relaxem. soltem-nos ... e à medida que eles relaxam. reparem nas sensações... concentrem-se nas sensações e relaxamento ...

RESPIRAÇÃO (3)

Voltem a atenção novamente para a respiração... não tentem controlar a respiração, deixem-na fluir naturalmente percebam o seu ritmo natural ... deixem que a respiração se guie a si própria.

Inpirem Expirem ...

Inpirem Expirem ...

Inpirem Expirem...

Agora, vou contar de 5 até 0, e depois podem abrir os olhos, espreguiçar-se lentamente e colocarem-se noutra posição confortável.

ANEXO XII
((STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY (STAI - Y))

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO - De Charles D. Spielberger

STAI Forma Y - 1

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Nome _____ Idade _____ Data: _____

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐ Escolaridade _____ Profissão _____

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (x) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequente- mente	Quase sempre
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro.	1	2	3	4
3. Estou tenso.	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado.	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado.	1	2	3	4
7. Presentemente, ando preocupado	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito.	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado.	1	2	3	4
10. Estou descansado.	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante.	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso.	1	2	3	4
13. Sinto-me inquieto.	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.	1	2	3	4
15. Estou descontraindo.	1	2	3	4
16. Sinto-me contente.	1	2	3	4
17. Estou preocupado.	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável.	1	2	3	4
20. Sinto-me bem.	1	2	3	4

QUESTIONÁRIO DE AUTO-AVALIAÇÃO - De Charles D. Spielberger
STAI Forma Y - 1

Forma adaptada por Danilo R. Silva e Sofia Correia

Nome _____ Idade _____ Data: _____

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐ Escolaridade _____ Profissão _____

INSTRUÇÕES: Em baixo encontra uma série de frases que as pessoas costumam usar para se descreverem a si próprias. Leia cada uma delas e faça uma cruz (x) no número da direita que indique como se sente agora, isto é, neste preciso momento. Não há respostas certas nem erradas. Não leve muito tempo com cada frase, mas dê a resposta que melhor lhe parece descrever os seus sentimentos neste momento.

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequente- mente	Quase sempre
1. Sinto-me calmo	4	3	2	1
2. Sinto-me seguro.	4	3	2	1
3. Estou tenso.	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado.	1	2	3	4
5. Sinto-me à vontade.	4	3	2	1
6. Sinto-me perturbado.	1	2	3	4
7. Presentemente, ando preocupado	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito.	4	3	2	1
9. Sinto-me assustado.	1	2	3	4
10. Estou descansado.	4	3	2	1
11. Sinto-me confiante.	4	3	2	1
12. Sinto-me nervoso.	1	2	3	4
13. Sinto-me inquieto.	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso.	1	2	3	4
15. Estou descontraindo.	4	3	2	1
16. Sinto-me contente.	4	3	2	1
17. Estou preocupado.	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso.	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável.	4	3	2	1
20. Sinto-me bem.	4	3	2	1

Ansiedade baixa - 20-34

Ansiedade moderada - 35-49

Ansiedade Eelevada - 50-64

Ansiedade muito elevada - 65-80

ANEXO XIII
(QUADRO RESUMO DOS DADOS OBTIDOS DURANTE AS SESSÕES)

ESCALA STAI-Y

Há varias décadas que se desenvolve uma conceção dualista de ansiedade: ansiedade-traço e ansiedade-estado. Esta conceção foi mais tarde (1970), desenvolvida por Spielberger e colaboradores, com a construção do chamado *Inventário de Ansiedade Traço-Estado* (STAI -Y) (Andrade & Gorenstein, 1998).

Este instrumento que já foi validado para a população portuguesa, foi utilizado, no meu estágio, como instrumento avaliativo das sessões de relaxamento progressivo de Jacobson.

Os scores de ansiedade-traço (STAI – Y) permanecem relativamente constantes no tempo, isto é, são pouco sensíveis a mudanças decorrentes de situações ambientais.(Abreu, Tolleti, 2005)

Por outro lado, a *ansiedade-estado* é definida como a ansiedade contextual, associada às circunstâncias do momento. Trata-se de um estado emocional transitório, caracterizado por sentimentos desagradáveis, conscientemente percebidos, de tensão e apreensão e, por aumento da atividade do sistema nervoso autónomo. Os scores da ansiedade-estado do STAI - Y, não são constantes ao longo do tempo pois são sensíveis às condições ambientais internas e externas, ou seja, variam em intensidade de acordo com o perigo percebido no momento. Considerando o anteriormente mencionado e para dotar esta atividade terapêutica dum carácter investigativo, considero fundamental uma avaliação formal da mesma. Desta forma utilizei uma escala relacionada com o grau de ansiedade - a STAI-Y 1, antes e depois do relaxamento.

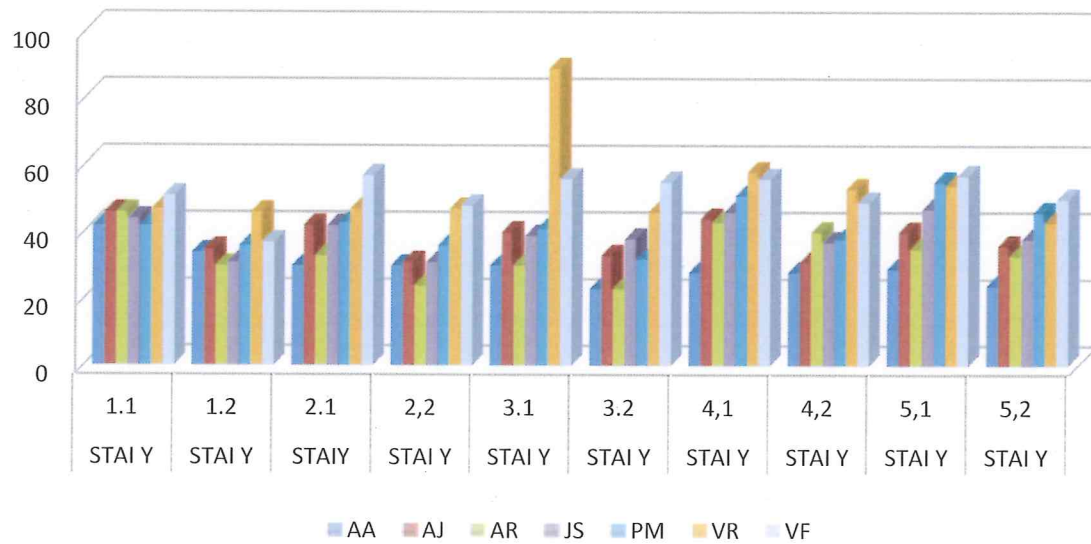
Quadro resumo dos dados obtidos durante as sessões de relaxamento segundo o Modelo Psicoterapêutico de Jacobson

Avaliação do Valor de STAI Y na fase 1.1 (antes da sessão de relaxamento) e na fase 1.2 (depois do relaxamento).

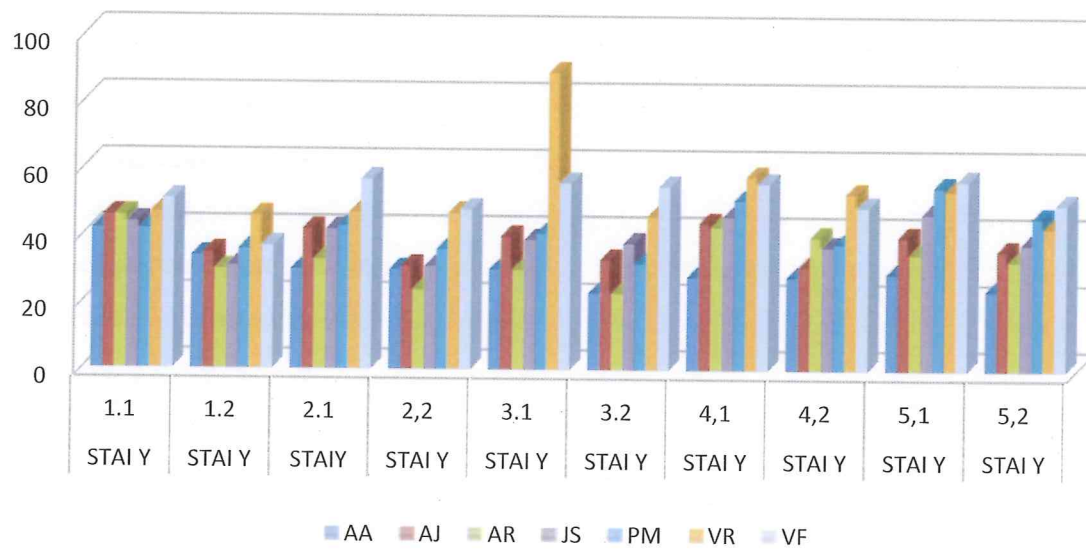
Cliente	STAI Y 1.1	STAI Y 1.2	STAI Y 2.1	STAI Y 2.2	STAI Y 3.1	STAI Y 3.2	STAI Y 4.1	STAI Y 4.2	STAI Y 5.1	STAI Y 5.2
AA	42	34	30	30	30	23	28	28	29	24
AJ	46	35	42	31	40	33	44	31	40	36
AR	46	30	33	24	30	23	43	40	35	33
JS	44	31	42	31	39	38	46	37	47	38
PM	42	36	43	36	41	32	51	38	55	46
VR	47	46	47	47	89	46	58	53	54	43
VF	51	37	57	48	56	55	56	49	57	50

STAI Y	Teste STAI Y, Antes do relaxamento
STAI Y	Teste STAI Y, Depois do relaxamento

Resultados das sessões de relaxamento segundo o Modelo Psicoterapêutico de Jacobson



Resultados das sessões de relaxamento segundo o Modelo Psicoterapêutico de Jacobson



ANEXO XIV
(INFORMAÇÃO SOBRE O TETRADIN)

INFORMAÇÃO SOBRE O TETRADIN

O presente formulário, surge na sequência da problemática da adesão ao tratamento, centrada na administração do Tetradin e destina-se a ser preenchido pelos utentes que integram este tratamento, com o objetivo de aferir os seus conhecimentos e esclarecer as dúvidas existentes, numa vertente informativa e de orientação adequada às situações identificadas.

Garante-se a totalidade do anonimato dos inquiridos. As informações recolhidas serão utilizadas unicamente para proceder à avaliação no âmbito da problemática supracitada.

1. Considera que o tratamento com o Tetradin tem sido eficaz?

Sim ☐

Não ☐

2. O tetradin tira a vontade de beber?

Sim ☐

Não ☐

Quando está a seguir o tratamento com o Tetradin:

3. Pode comer comida cozinhada com vinho ?

Sim ☐

Não ☐

4. Pode beber cerveja sem álcool?

Sim ☐

Não ☐

5. Pode comer bombons com álcool (licor), gelados que tenham na sua composição bebidas alcoólicas?

Sim ☐

Não ☐

6. Pode temperar os alimentos com vinagre?

Sim ☐

Não ☐

7. Pode comer pickles, maionese e mostarda?

Sim ☐

Não ☐

8. Pode usar after-shave, perfumes ou tónicos que contenham álcool?

Sim ☐

Não ☐

9. Pode aplicar álcool diretamente na pele ou cheirar álcool?

Sim ☐

Não ☐

Escolha a opção correta:

10. Pode comer bife com molho de cerveja

Verdadeiro

☐

Falso

o

☐

11. Pode colocar perfume na roupa e deixar secar.

Verdadeiro

☐

Falso

o

☐

12. Não deve temperar salada com azeite e vinagre

Verdadeiro

☐

Falso

☐

13. Conhece as reações adversas (Tetradin/álcool), mais frequentes?

Sim

☐

Não

☐

Se respondeu SIM enumere três;

14. Tem sido difícil manter-se abstinente?

Sim

☐

Não

☐

15. Frequenta o grupo da prevenção da recaída?

Sim

☐

Não

☐

16. Indique o seu técnico de referência.

ANEXO XV
(14º CURSO DE FORMAÇÃO EM ALCOOLOGIA)



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL



Dec. Reg. N.º 35 / 2002 de 23 Abril

Certifica-se que **Alcides Silva Rodrigues**, natural de Lamego, nascido a 18/05/1964, nacionalidade Portuguesa, sexo Masculino, portador do Cartão de Cidadão n.º 8279610, data de validade 04/01/2016, frequentou nos dias 23, 24, 25, 26 e 27 de Maio de 2011, com a duração total de 30 Horas, a Ação de Formação Profissional:

14º CURSO DE FORMAÇÃO EM ALCOOLOGIA

Organizada e promovida pela Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo (DRLVT) do
Instituto da Drogas e da Toxicod dependência, I.P. (IDT, I.P.)

Lisboa 27 de Maio de 2011

O Delegado Regional de Lisboa e Vale do Tejo

António Manuel Figueiredo Maia

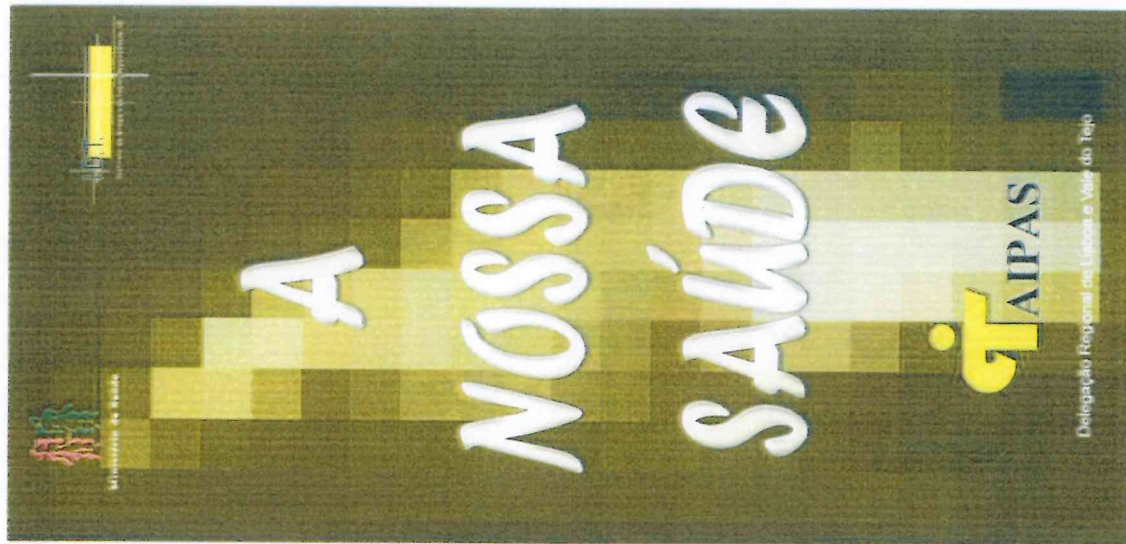
Certificado N.º 121

2011

IDT, I.P.

DRLVT

ANEXO XVI
(XXIII - CONGRESSO DAS TAIPAS)



XXIV ENCONTRO DAS TAIPAS

CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE: Alcides Rodrigues
APRESENTOU A COMUNICAÇÃO "A ENFERMAGEM NOS SERVIÇOS DE
AMBULATÓRIO DA U.D. CENTRO DAS TAIPAS", NA MESA DEDICADA
AO TEMA "O PAPEL DO ENFERMEIRO NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
DOS NOSSOS UTENTES", NO ÂMBITO DO XXIV ENCONTRO DAS TAIPAS.

LISBOA, 21 DE OUTUBRO DE 2011

PELA COMISSÃO ORGANIZADORA

8.2.

ANEXO XVII
(POSTER)

II Jornadas de Alcoologia I Encontro de Tabacologia

Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa



Certifico que

Alcides Rodrigues

apresentou a comunicação /Poster: A eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool na pessoa adulta, nas II Jornadas de Alcoologia e I Encontro de Tabacologia do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, subordinadas ao tema Recaída e Dispositivo de Cuidados, que decorreram nos dias 16 e 17 de Junho de 2011.

**16|17|JUNHO 2011
SESIMBRA**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Teresa Mota'.

Dr.ª. Teresa Mota



**CENTRO
HOSPITALAR
PSIQUIÁTRICO
DE LISBOA**

APÊNDICES

APÊNDICE I
(POWERPOINT DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA - TETRADIN - 1ª)



Tetradin



Equipa Multidisciplinar

Tratamento do alcoolismo na UAL

- Enfermeiros
- Psicólogos
- Médicos
- Assistentes sociais
- Auxiliares de Acção Médica
- Colaboradores de Aconselhamento
- Pessoal Administrativo



Tratamento
Multidisciplinar



Fases do tratamento

- Cuidados de Enfermagem
- Acompanhamento Médico
- Acompanhamento Sector Psicossocial



Desintoxicação com suporte farmacológico

Psicoterapia:

- Sessões individuais e de grupo
- Palestras
- Reuniões familiares
- Leituras e visionamentos de filmes
- Reuniões de A.A. e N.A.



Outros Fármacos



Fármacos utilizados na fase da desintoxicação



O Perigo do Consumo das Benzodiazepinas no Doente Alcoólico

Durante 10 dias



Vitaminas do complexo B:

- Tiamina (Vitamina B1) em comprimidos (ou intramuscular) - 300 mg
- Ácido Fólico (Vitamina B9) - 2 comprimidos/dia



Multivitaminas - 3 comprimidos/dia



Benzodiazepinas (Diazepam) - em esquema de redução lenta



Reforço hídrico (não sendo um fármaco é fundamental na desintoxicação) nos primeiros 5 dias



Os receptores do álcool no nosso organismo, são *estruturalmente iguais* aos *receptores das benzodiazepinas* razão pela qual o doente alcoólico tem maior probabilidade de ficar dependente destas substâncias.



Após a ALTA da Unidade de Alcoologia é importante saber que as BENZODIAZEPINAS são proibidas para os doentes alcoólicos.



Terapêutica utilizada



Acção terapêutica do TETRADIN



Agonistas: são aqueles fármacos que produzem efeitos semelhantes.



Antagonistas: são aqueles fármacos que produzem efeitos contrários ao outro.

Um exemplo deste tipo de terapêutica é o:

Tetradin (Dissulfiram)



Durante o tratamento com Tetradin, o doente **NÃO PODE** ingerir bebidas alcoólicas.



Promove abstinência.



Reaprender novos estilos de vida.



Dosagem: 125mg ou 250mg por dia



A reacção Tetradin - Etanol

O Tetradin inibe a acção da enzima hepática aldeído desidrogenase (ALDH) acumulando acetaldeído no organismo, causando...

- Rubor na face e tronco superior
- Dispneia - dificuldade respiratória (pouco frequente)
- Cefaleia pulsátil - dor de cabeça latejante
- Taquicardia - palpitações
- Náuseas ou vômitos
- Hipotensão – tensão baixa
- Sudorese intensa – transpirar muito
- Mal estar geral



O consumo excessivo de álcool durante o tratamento com Tetradin

Início de sintomas 10 – 30 minutos após a ingestão.

- Arritmias
- Hipotensão grave
- Colapso vascular

O consumo excessivo de álcool, pode causar a morte!

No entanto, $\frac{1}{4}$ de comprimido de Tetradin é considerada uma dose de segurança que evita, em muitas situações, acidentes fatais.



Doentes excluídos do tratamento com Tetradin

- Doença Hepática Crónica (hepatites activas com análises alteradas)
- Hipertensão
- Doença cardiovascular grave
- Insuficiência respiratória grave
- Gravidez e aleitamento
- Doença pulmonar grave



Problemas de aceitação do Tetradin

Se o Tetradin é :

- Barato
- Tem poucos efeitos secundários

Porque não é bem aceite?

Famílias pouco informadas adicionavam Tetradin nas refeições acompanhadas com álcool, levando que a pessoa sofresse consequências graves.



Mitos associados ao Tetradin

- Impotência
- Tonturas
- Perda de apetite
- Etc...



Precauções no uso correcto do Tetradin

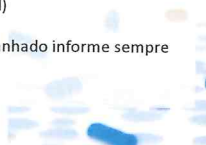
• Não se deve beber álcool, em qualquer forma ou quantidade, incluindo:

- Comida cozinhada com vinho
- Bombons com álcool
- Cerveja dita sem álcool
- Vinagre nos alimentos
- Evitar pickles, maionese e mostarda
- After-shave, perfumes ou tónicos que contenham álcool



Precauções no uso correcto do Tetradin

- Não deve pôr álcool na pele ou cheirar directamente
- Evitar xarope ou elixir com álcool (desinfectantes bucais)
- Evitar o contacto com brometo de etilo ou o seu vapor (presente em fumigações; colas e tintas)
- Evitar o excesso de alimentos ricos em nitritos (produtos de fumeiro)
- Cuidado com anestésias (algumas contêm álcool)
- Se recorrer a um médico que não o tem acompanhado informe sempre que toma Tetradin



Indicações para a correcta utilização do Tetradin

• Livre decisão do doente e do co-responsável em aceitar o programa terapêutico:

- Tratamento até dois anos
- Consultas médicas regulares
- Aconselhamento, reuniões de A.A. e/ou N.A.

• Ter um co-responsável para ajudar na correcta toma do Tetradin (co-responsável deve observar a toma)

• Ler, compreender e assinar os três termos de responsabilidade





Mini-Teste

Na fase da desintoxicação os fármacos habitualmente utilizados são:

Diazepam, Tiamina, Ácido Fólico e Multivitaminas.

Paracetamol, Tiamina, Ácido Fólico e Vitamina C.

Diazepam, Tetradin, Tiamina e Ácido Fólico.



Mini-Teste

As Benzodiazepinas causam dependência?

Sim

Não



Mini-Teste

O Tetradin tira a vontade de beber?

Sim

Não



Mini-Teste

Todos os doentes alcoólicos podem tomar Tetradin.

Verdadeiro

Falso

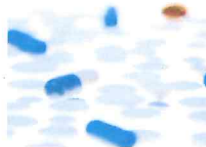




Mini-Teste

A reacção Tetradin-Etanol pode-se caracterizar por:

- Rubor na face e tronco superior
- Dor de cabeça latejante
- Palpitações
- Náuseas ou vômitos
- Hipotensão
- Transpiração
- Mal estar geral



Mini-Teste

Estou a tomar Tetradin...

Falso

Posso comer bife com molho de cerveja.

Verdadeiro

Posso colocar perfume na roupa e deixar secar.

Verdadeiro

Não devo temperar salada com azeite e vinagre.



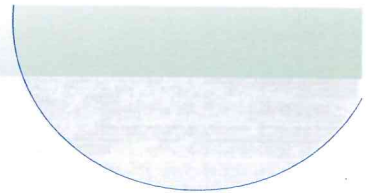
Perguntas?



APÊNDICE II
(POWERPOINT DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA - TETRADIN - 2ª)



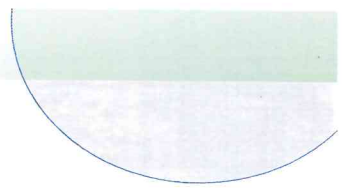
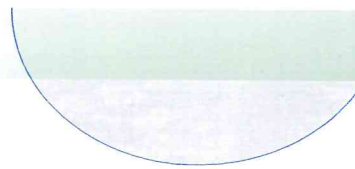
Tetradin



Tratamento do alcoolismo na UAL



CHECK LIST para Validação da Adesão Terapêutica



PONTUALIDADE

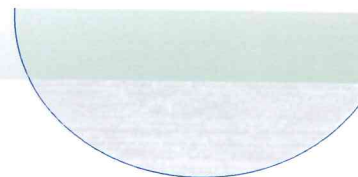
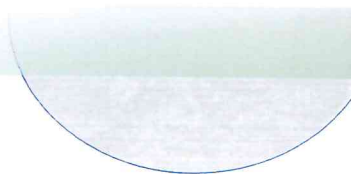
Depois do pequeno almoço



Identificação do Fármaco

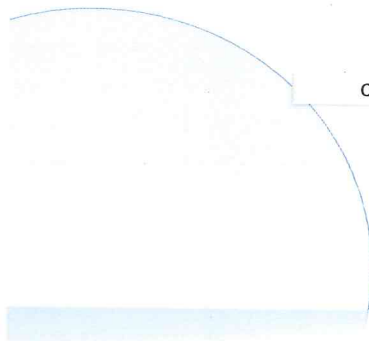
Tetradim





Dosagem

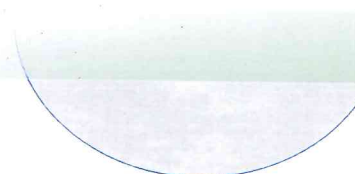
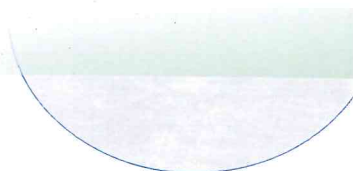
125 mg
 $\frac{1}{4}$ do comprimido



O Tetradin tira a vontade de beber?

Sim

Não



Posso comer comida cozinhada com vinho?

Sim

Não

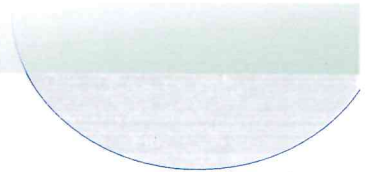
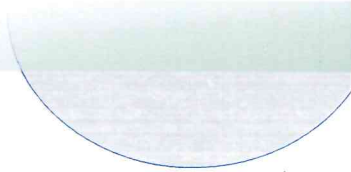


Posso beber cerveja dita sem álcool?

Sim

Não

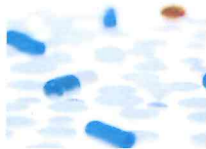




Posso comer Bombons com álcool (licor),
gelados c/ beb. Alcoólicas?

Sim

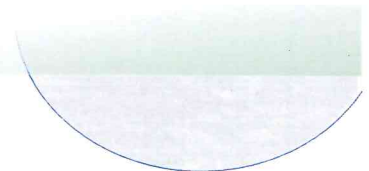
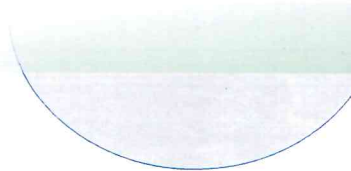
Não



Posso temperar os alimentos com vinagre?

Sim

Não



Posso comer pickles, maionese e mostarda?

Sim

Não



Posso usar After-shave, perfumes
ou tónicos que contenham álcool?

Sim

Não





Posso por álcool na pele ou cheirar álcool?

Sim

Não



Conhece as reacções adversas (dissulfiram/álcool), mais frequentes?

Rubor na face e tronco superior

Cefaleia pulsátil (dor de cabeça latejante)

Sudorese intensa - transpirar muito

Tonturas, Náuseas, ou Vômitos

Dores no peito, Taquicardia (Palpitações)

Mal estar geral



Mini-Teste

A reacção Tetradin-Etanol pode-se caracterizar por:

- Rubor na face e tronco superior
- Dor de cabeça latejante
- Palpitações
- Náuseas ou vômitos
- Hipotensão
- Transpiração

• Mal estar geral



Mini-Teste

Todos os doentes alcoólicos podem tomar Tetradin.

Verdadeiro

Falso





Mini-Teste



Estou a tomar Tetradin...

Falso

Posso comer bife com molho de cerveja.

Verdadeiro

Posso colocar perfume na roupa e deixar secar.

Verdadeiro

Não devo temperar salada com azeite e vinagre.

Perguntas?



APÊNDICE III
(AVALIAÇÕES DOS ESTÁGIOS)



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

2.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Ano Lectivo 2011-2012

DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO

Estágio Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Nome do Formando:

Alcides Felix Bordeirinho

Instituição/ Serviço:

IPS/DELVT/Unidade Alcoolologia Lisboa

Data do Estágio:

3/10/12 a 30/11/12

Coordenador do Curso MESMP – Francisca Roberto Manso

(francisca.roberto@esel.pt)

APRECIÇÃO GLOBAL DO ORIENTADOR DE ESTÁGIO

Considerando que o formando atingiu de forma geral as metas traçadas no início do estágio, focalizando a sua intervenção nas competências determinadas no seu projecto, enquanto futuro enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

O aluno assumiu uma atitude de responsabilidade e cumprimento não só dos objectivos delineados, como das ferramentas a desenvolver no caminho da obtenção das competências definidas.

~~Ao longo do estágio desenvolveu estratégias e ferramentas terapêuticas relacionadas com a redução de riscos e minimização de danos para conseguir prestar cuidados especializados aos clientes dependentes de substâncias psicoactivas. Neste sentido desenvolveu ferramentas específicas a nível da redução dos níveis de ansiedade (Relaxamento de Bernstein), restabelecimentos de novos comportamentos e estilos de vida saudáveis através de acções terapêuticas de educação para a saúde, assim como, intervenções direccionadas a potenciar a adesão terapêutica nos utentes, reduzindo directamente o risco de recaída (check list sobre o tetradim), etc.~~

~~De forma conclusiva considero que o aluno no final do estágio enquadre-se no nível avaliativo muito bom por diversas razões:~~

- Desenvolveu conhecimentos e consciência enquanto enfermeiro e pessoa a nível do auto-conhecimento e auto-conceito;
- Prestou cuidados do âmbito psicoterapêutico, psicossocial;
- Desenvolveu capacidade auto-crítica e reflexiva;
- Mobilizou conhecimentos a nível do planeamento e avaliação dos cuidados.

Escala:

Insuficiente (<10); Suficiente (10-13); Bom (14-15); Muito Bom (16-17); Excelente(>18).

AValiação Qualitativa Final: Muito Bom

David

(DAVID PANIAGUA)

APRECIÇÃO GLOBAL DO FORMANDO:

O estágio na Unidade de Geriatria de Lisboa decorreu sempre sob o pressuposto de cumprimento dos objetivos traçados no respetivo trabalho de projeto.

Durante o estágio procurei sempre partilhar com a equipa de saúde experiências enriquecedoras para o meu futuro como especialista de enfermagem de saúde mental e psiquiatria, desenvolvê-las num ambiente de profissionalismo e competência.

Ponto que consegui estabelecer uma comunicação profícua com todos os elementos da equipa, demonstrando entusiasmo e estímo, desenvolvendo uma relação entre parâmetros mutuos de aprendizagem com os peritos, contribuindo para a promoção da consolidação do processo terapêutico, ao qual a relação estabelecida com o cliente nunca poderá ser alheia.

Este estágio revestiu-se de crucial im-

AValiação Qualitativa Final:

Assinatura do Formando

Assinatura do Enfermeiro Orientador

Assinatura do Docente

APRECIÇÃO GLOBAL DO FORMANDO:

potências, na medida em que o mesmo permitiu desenvolver, aprofundar e consolidar conhecimentos e competências numa perspetiva de desenvolvimento pessoal e profissional, incorporando a metodologia de formação/ação. Efetuei pesquisa bibliográfica aprofundando os conhecimentos técnicos e as competências necessárias nas intervenções terapêuticas em pessoas com comportamentos aditivos, particularmente na área do alcoolismo.

A responsabilidade do enfermeiro na conscientização do utente e família sobre a adesão e gestão do regime terapêutico, com objetivo de manter a abstinência prevenindo futuras recaídas, foi uma das principais competências desenvolvidas.

Parante a "incerteza" de dificuldades sentidas, pude sempre contar com a disponibilidade da equipa de saúde, para ultrapassar mais uma fase e atingir um

AVALIAÇÃO QUALITATIVA FINAL:

Assinatura do Formando _____

Assinatura do Enfermeiro Orientador _____

Assinatura do Docente _____

APRECIÇÃO GLOBAL DO FORMANDO:

novos meios de palestras e de atividades
especializadas.

Reza-me agradecer ao Enfe. Raul
Torres pelo sua disponibilidade, e
ao orientador de estágio, Enfe.
Dante Panigra, por ele pela sua
disponibilidade, mas também pela
sua dedicação e cuidado. A forma
e o jeito como transmite o seu saber,
saber estar e saber fazer, por
qualidades inigualáveis que não posso
deixar de mencionar e referenciar.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA FINAL:

Assinatura do Formando

Assinatura do Enfermeiro Orientador

Assinatura do Docente



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

2.º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
ENFERMAGEM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

Ano Lectivo 2011-2012

DOCUMENTO DE AVALIAÇÃO

Estágio Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Nome do Formando: Alvaro Silva Rodrigues
Instituição/ Serviço: GD/ VRLUT/ BT BARREIRO
Data do Estágio: 6/11/11 a 17/2/12

Coordenador do Curso MESMP – Francisca Roberto Manso

(francisca.roberto@esel.pt)

APRECIÇÃO GLOBAL DO ORIENTADOR DE ESTÁGIO

Considero que o formando atingiu os objetivos propostos no início do estágio em ESMP na E.T. de Benedito no IDT, IP.

Demons-trando este estágio revelou capacidade de refletir sobre tudo sempre em contexto os valores éticos, morais e sociais na prestação de cuidados em ESMP. E de manter a sua evolução ao longo do estágio relativamente ao desenvolvimento de estratégias de comunicação terapêutica, relaciona-mento: flexibilidade para lidar com a mudança e habi-lidades relacionadas com interações psicoedu-ca-tivas. Revelou interesse e disponibilidade para a aquisição de novas competências no âmbito da metodologia de gestão de caso neste contexto. Foi prática durante todo o estágio a partilha de experiências com consequentes processos reflexivos e avaliações conjuntas das necessidades em saúde mental da pessoa, famílias, grupos e da comunidade.

Escala:

Insuficiente (<10); Suficiente (10-13); Bom (14-15); Muito Bom (16-17);
Excelente(>18).

AVALIAÇÃO QUALITATIVA FINAL: Muito Bom (17)

Elisa Costa

APRECIACÃO GLOBAL DO FORMANDO:

O estágio na Equipe de Tratamento do Barreiro decorreu sob o pressuposto de cumprimento dos objetivos traçados no respetivo trabalho de projeto.

Durante o estágio procurei sempre partilhar com a equipa multidisciplinar experiências enriquecedoras para o meu futuro como especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria, desenvolvendo num ambiente de profissionalismo e competência.

Este estágio destacou-se de crucial importância, por medida em que permitiu desenvolver, aprofundar e consolidar conhecimentos e competências específicas de intervenções comunitárias, ao nível da problemática de adição em pessoas integradas no programa de tratamento de agostos opiáceos - com metadona. Permitindo ainda o incremento de aptidões em cuidados de saúde mental baseados na promoção

AValiação Qualitativa Final:

Assinatura do Formando

Assinatura do Enfermeiro Orientador

Assinatura do Docente

APRECIÇÃO GLOBAL DO FORMANDO:

da saúde e prevenção de doenças, sob uma visão holística do cliente, inserido na família e na comunidade.

A realização deste estágio seleciona para o desenvolvimento de um processo de auto-reflexão, que promova um novo auto-reconhecimento, um saber fazer e saber estar dispar, competências fundamentais para o objetivo de desenvolver a relação de ajuda como pilar fundamental de qualquer intervenção terapêutica.

Na relação de ajuda terapêutica o "olhar" do enfermeiro permite não só assegurar a manutenção do tratamento, mas detetar alterações do comportamento e estado mental. Estas perceções possibilitam o desenvolvimento de atitudes que visam a promoção de saúde física e mental, adotando-se muitas vezes como ferramenta a educação para a saúde e o aconselhamento.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA FINAL:

Assinatura do Formando

Assinatura do Enfermeiro Orientador

Assinatura do Docente

APRECIÇÃO GLOBAL DO FORMANDO:

com impactos a diferentes níveis: auto-valor, adesão e atitudes de vida saudáveis, diminuição de comportamentos de risco e consecução da adesão à terapêutica.

A realidade do enfermeiro como gestor de caso, que concorre a diversidade de cuidados, e garante a sua continuidade, ampliando o escopo de sua prática de cuidados, adquirindo competências no âmbito de assessoria e relação terapêutica, na defesa dos direitos, na gestão de conflitos e conhecimentos sobre os recursos da comunidade, que permitem desenvolver estratégias para fomentar a adesão terapêutica, constituindo uma mais-valia na aquisição de competências nesta área.

Para além das dificuldades sentidas, pode sempre contar com a disponibilidade de equipas de trabalho para as preparar com o intuito, numa base de análise reflexiva, o que possibilitou o ultrapassar de mais uma fase.

AValiação Qualitativa Final:

Assinatura do Formando

Assinatura do Enfermeiro Orientador

Assinatura do Docente

APRECIÇÃO GLOBAL DO FORMANDO:

e atingir um novo nível de palavras e de cuidados especializados.

O feedback relativo a este momento de estágio foi muito positivo pois constituiu mais uma oportunidade de adquirir conhecimentos e adquirir novas competências. A prática de conhecimentos, articulada com a prática baseada na evidência, permite-nos adquirir competências, elevando os cuidados de enfermagem prestados, numa perspetiva de desenvolvimento pessoal e profissional como futuros enfermeiros especialistas.

Gostei-me agradecer a toda a equipa multidisciplinar em especial à equipa de enfermagem pela sua disponibilidade e à orientadora de estágio Enfª Elza Costa, não só pela sua disponibilidade, mas também pela sua dedicação.

AVALIAÇÃO QUALITATIVA FINAL:

Assinatura do Formando

Assinatura do Enfermeiro Orientador

Assinatura do Docente

APÊNDICE IV
(ARTIGO)

4

A eficácia da Entrevista Motivacional na redução do consumo abusivo de álcool, na pessoa adulta – Revisão Sistemática da Literatura

ALCIDES SILVA RODRIGUES, ANA CRISTINA PAULINO PISSARRA, FERNANDO JAIME DA SILVA MARQUES, MANUEL JOÃO CARVALHO MOURÃO, MARTA MARISA MARCELINO GASPAR MENDES, PEDRO MIGUEL ALMEIDA FREIRE

Artigo recebido em 21/06/11; versão final aceite em 09/11/11.

RESUMO

Problemática: Consumo abusivo de álcool, considerado um problema a nível nacional e que constatamos na nossa prática diária, nos múltiplos reinternamentos. **Objectivo:** Determinar a eficácia da Entrevista Motivacional na redução do consumo abusivo de álcool na pessoa adulta. **Metodologia:** Revisão sistemática da literatura. Efectuada pesquisa no motor de busca EBSCO, com duas bases de dados: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text. Foram procurados artigos em texto integral (29/01/2011), publicados entre 2001 e 2011, com os seguintes descritores: *Motivational Interviewing AND Alcohol*, filtrados mediante questão de partida em formato PICO, com total de 403 artigos, dos quais foram extraídos 6. **Resultados:** Os artigos pesquisados mostram a evidência que com a aplicação da Entrevista Motivacional há a diminuição dos consumos abusivos de álcool, na pessoa adulta. **Conclusões:** A aplicação da Entrevista Motivacional poderá ser de extrema importância na redução dos consumos abusivos de álcool, podendo ser utilizada na prevenção de recaídas na pessoa com patologia alcoólica, sendo necessária a realização de estudos aprofundados nesta temática e que mostrem a sua fiabilidade/eficácia. A Entrevista Motivacional pode ser conduzida por enfermeiros, desde que tenham formação e adquiram competências específicas neste tipo de abordagem.

Palavras-chave: Entrevista Motivacional; Álcool; Adulto.

RÉSUMÉ

Problématique: La consommation abusive d'alcool, considérée comme un problème national, qui ont constaté dans notre pratique quotidienne, en observant les multiples réadmissions. **Objectif:** Déterminer l'efficacité de l'entrevue motivationnelle dans la réduction de l'abus d'alcool chez l'adulte. **Méthodologie:** Une revue systématique de la littérature. Recherches dans le moteur de recherche EBSCO, avec deux bases de données: CINAHL Plus avec le texte intégral et MEDLINE avec le texte intégral. On a recherché des articles en texte intégral (29/01/2011), publiés entre 2001 et 2011, avec les mots-clés suivants: *Motivational Interviewing AND Alcohol*, filtré à travers une question de départ dans le format de PICO, avec un total de 403 articles, dont on a choisi 6. **Résultats:** Les études examinées montrent clairement que l'application de l'entrevue motivationnelle conduit à une réduction de l'abus d'alcool chez l'adulte. **Conclusions:** L'application de l'entrevue motivationnelle peut être extrêmement important dans la réduction de l'abus d'alcool. Elle peut être utilisé dans la prévention des rechutes chez les personnes ayant une pathologie alcoolique, mais il faut réaliser des études détaillées afin de montrer sa fiabilité/efficacité. L'entrevue motivationnelle peut être effectuées par des infirmières si elles ont une formation spécifique, et acquièrent des compétences dans ce type d'approche.

Mots-clé: Entrevue Motivationnelle; Alcool; Adulte.

ABSTRACT

Problematic: Abuse of alcohol consumption, considered a national problem observed in our daily practice in the multiple readmissions. **Aims:** To determine the effectiveness of the motivational interview in the reduction of alcohol consumption in the adult person. **Methodology:** Literature systematic revision. Perform search in the EBSCO, with two databases: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text. Articles, published between 2001 and 2011, were sought in full text (29/01/2011) with the following key words: *Motivational Interviewing* AND Alcohol**, and were filtered by initial questions in format PICO. In 403 articles, 6 had been extracted. **Results:** the articles evidence positive effects in the application of motivational interview and the reduction of the alcohol abusive consumptions. **Conclusions:** The application of motivational interview could be of extreme importance in the prevention of relapses in the person with alcoholic pathology. However, deeper studies in this area will be necessary to confirm its reliability/effectiveness. The Motivational Interview can be lead by nurses, once they have formation and acquire specific competences in this type of approach.

Key Words: Motivational Interviewing; Alcohol; Adult.

RESUMEN

Problemática: Consumo abusivo de alcohol, considerado un problema a nivel nacional, facto que constatamos en nuestra práctica diaria, en los múltiples reinternamientos. **Objectivo:** Determinar la eficacia de la Entrevista Motivacional en la reducción del consumo abusivo de alcohol en la persona adulta. **Metodología:** Revisión sistemática de la literatura. Efectuada pesquisa en el motor de búsqueda EBSCO, con dos bases de datos: CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text. Fueron procurados artículos en texto integral (29/01/2011), publicados entre 2001 y 2011, con los siguientes descriptores: *Motivational Interviewing AND Alcohol*, filtrados mediante cuestión de partida en formato PICO, con un total de 403 artículos, de los cuales fueron extraídos 6. **Resultados:** Los artículos pesquisados muestran que a través de la aplicación de la Entrevista Motivacional hay una evidente disminución de los consumos abusivos de alcohol en la persona adulta. **Conclusiones:** la aplicación de la Entrevista Motivacional podrá ser de extrema importancia en la reducción de los consumos abusivos de alcohol, pudiendo utilizársela en la prevención de recaídas en la persona con patología alcohólica, siendo necesaria la realización de estudios profundos en esta temática y que muestren la suya fiabilidad/eficacia. La Entrevista Motivacional puede ser conducida por enfermeros, mientras que tengan formación y adquieran competencias específicas en este tipo de abordaje.

Palabras Clave: Entrevista Motivacional; Alcohol; Adulto.

1 – INTRODUÇÃO

O encontro do Homem com o álcool esconde-se no tempo, sendo quase impossível conhecer o seu momento e local. Ao longo do tempo, o álcool adquiriu uma dupla importância e um duplo significado, por um lado, enquanto substância de carácter quase mágico, com um papel de celebração, de ritualização, de aproximação, prazer e libação; por outro lado, fonte de receita e produto comercial de elevado valor, factor de desenvolvimento económico para alguns países (Kiritzé-Topor e Bénard, 2007).

Babor (2009) refere que o consumo de álcool varia enormemente, não só entre os países, mas também ao longo do tempo e entre diferentes grupos populacionais. Menciona também que as variações destes padrões de consumo afectam as taxas dos problemas ligados ao álcool e têm implicações na escolha de medidas políticas para o álcool.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010), o consumo de álcool na Região Europeia é o dobro da média mundial. Em 2004, o consumo de álcool foi responsável, directa ou indirectamente, por 618 000 mortes e 17 milhões de anos de vida perdidos devido a invalidez e morte. A OMS (2010) refere que o álcool é o segundo maior factor de risco por morte e invalidez no adulto e de longe o maior factor de risco para os jovens. O álcool é responsável por cerca de 60 doenças diferentes, por actos de violência, homicídios (4 em cada 10 de todos os assassinatos e mortes violentas), suicídios (1 em cada 6 de todos os suicídios), acidentes rodoviários (1 em cada 3 de todas as mortes na estrada), por 60 000 nascimentos abaixo do peso normal, por prejuízos no desenvolvimento cerebral do feto relacionados com défices intelectuais nas crianças, sendo a maior causa de doença mental evitável na Europa (Anderson *et al.*, 2006).

Em Portugal, também os problemas ligados ao consumo de álcool, constituem um importante problema de saúde pública. Em 2003, segundo dados do *World Drink Trends* (2005), Portugal ocupava o 8º lugar do consumo mundial, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol *per capita*, o que corresponde ao consumo acumulado de 58,7 litros de cerveja, 42 litros de vinho e cerca de 3,3 litros de bebidas destiladas.

O Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Geral – Portugal 2007 (Balsa *et al.*, 2008) abrangeu a população nacional residente no continente e nas ilhas, com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos de idade e contabilizou uma amostra total de 15 000 indivíduos. Entre 2001 e 2007, a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas aumentou 3,5%, de 75,6% para 79,1%. A proporção da população que iniciou o consumo de bebidas alcoólicas entre os 15 e os 17 anos representava em 2001 cerca de 30%, tendo este valor aumentado para os 40% em 2007 (Balsa *et al.*, 2008). As consequências negativas do consumo de álcool são vastas e atingem não só aquele que bebe mas também terceiros.

De acordo com Kiritzé-Topor e Bénard (2007) consumo abusivo engloba as categorias de consumo de risco, consumo nocivo e consumo com dependência.

A Organização Mundial de Saúde (2010) considera consumo de risco a ingestão de 24 gramas de álcool/dia no homem e 16 gramas de álcool/dia na mulher.

Está referido no *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2009 – 2012* (2009) que ao nível do sector da saúde, as intervenções breves sobre o consumo de risco e consumo nocivo são as que apresentam uma melhor relação custo/benefício. A eficácia das intervenções, em geral, está intimamente associada ao conjunto das boas práticas realizadas por profissionais competentes. Após a detecção dos consumos, as intervenções breves correspondem, em termos de evidência, ao tipo de abordagem mais eficaz no contexto de consumo de risco e nocivo a nível dos Cuidados de Saúde Primários (Ribeiro, 2008). Um estudo de Reiff-Hekking *et al.* (2005) refere que as intervenções breves desenvolvidas por médicos e enfermeiros revelam uma diminuição do consumo de álcool nos consumidores de risco em cerca de 30% no grupo de tratamento.

Temos constatado, na nossa prática clínica, que a pessoa com consumo abusivo de álcool apresenta vários internamentos em pouco tempo, ou seja, a recaída é frequente. Kiritzé-Topor e Bénard (2007) definem recaída como o reaparecimento dos sinais de dependência ou de alcoolização patológica e das suas consequen-

cias. Atendendo a que há um grande número de reinternamentos é pertinente analisar e investigar intervenções que possam ajudar na redução do consumo abusivo de álcool. O objectivo desta revisão sistemática da literatura é determinar qual a eficácia da Entrevista Motivacional na redução do consumo abusivo de álcool na pessoa adulta.

As nossas intervenções têm como objectivo a manutenção do bem-estar do utente, de o auxiliar a adaptar-se, a ajustar-se, a restaurar ou a manter algum grau de estabilidade entre as variáveis que o constituem e os stressores ambientais. Sendo importante o envolvimento do utente nos diferentes processos terapêuticos, e a motivação para a mudança uma mais-valia, consideramos pertinente um crescente envolvimento dos enfermeiros na utilização da Entrevista Motivacional na sua prática.

A palavra motivação que etimologicamente deriva do latim *movere*, que significa "mover". A motivação é, então, aquilo que é susceptível de mover o indivíduo, de o levar a agir para atingir algo (o objectivo), e de lhe produzir um comportamento orientado, pode ser um conjunto de forças internas que mobilizarão o indivíduo para atingir um dado objectivo como resposta a um estado de necessidade, carência ou desequilíbrio (Miller e Rollnick, 2001).

O conceito de motivação tem recebido uma atenção grande na área das dependências. Esta maior atenção deve-se ao facto de que abandonar o uso de uma substância está ligado a uma série de comportamentos aos quais a motivação está vinculada. Chalifour (2008) citando Collette, refere que motivação aplica-se ao que consegue mover o indivíduo, levá-lo a agir, incitá-lo a adaptar certos comportamentos e atitudes.

A Entrevista Motivacional, uma intervenção breve, inicialmente desenvolvida por Miller e Rollnick, define uma abordagem focada na mudança de comportamentos, particularmente naqueles em que existe um substrato marcado de ambivalência, ou seja, um conflito interno entre duas realidades psicológicas vigentes. Define-se como um estilo de consulta directa, centrada no utente (Miller e Rollnick, 2001). A resistência e negação do problema emerge perante a dor psíquica, resultante da

ambivalência, a qual conduz muitas vezes o sujeito a optar pelo lado menos doloroso do seu conflito (Pombo *et al.*, 2008).

Nesta abordagem são utilizados cinco princípios básicos: expressar empatia; desenvolver a discrepância entre o comportamento presente e as metas importantes; evitar discussões para não gerar atitudes de defesa; ajudar o utente a compreender e trabalhar as suas resistências; incentivar a auto-eficácia, pois a crença na possibilidade de mudança é factor motivante importante (Kantorski *et al.*, 2005). Emprega estratégias específicas para estimular a motivação da pessoa para a mudança, explora e reflecte as suas percepções sem as rotular ou corrigir, enumera estratégias possíveis de mudança, responsabilizando o indivíduo por elas e busca viabilizar processos naturais de solução de problemas, juntamente com o utente e os seus familiares (Miller e Rollnick, 2001).

2 – METODOLOGIA

Uma revisão sistemática da literatura pressupõe uma análise crítica de um conjunto de publicações relevantes para o domínio da investigação (Fortin, 2000).

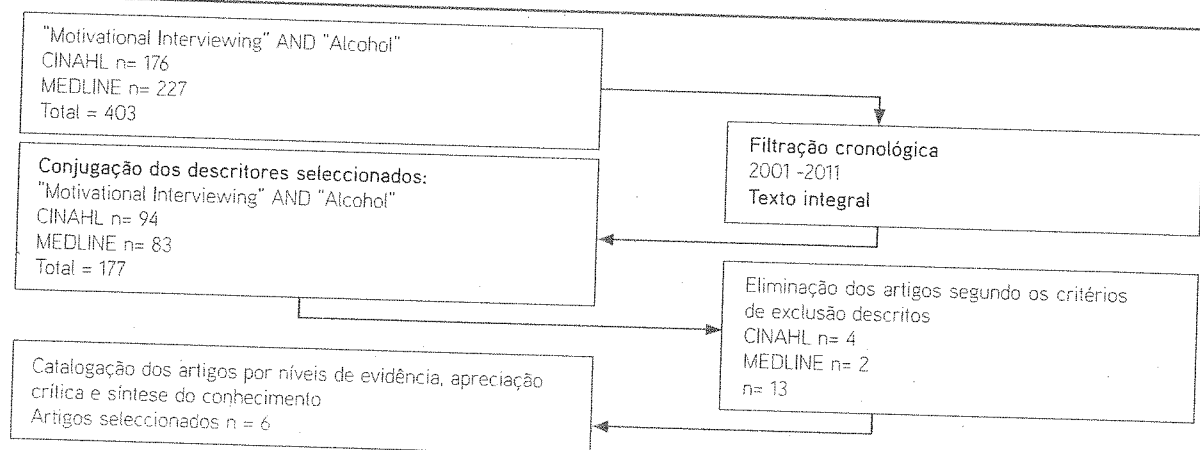
Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a seguinte questão de investigação em formato PICO: "Qual a eficácia da Entrevista Motivacional (Intervention), na redução do consumo abusivo de álcool (Outcome), na pessoa adulta (Population)." Foi consultado o motor de busca EBSCO, com acesso a duas bases de dados: CINAHL (*with Full Text*) e MEDLINE (*with Full Text*), com selecção de artigos em texto integral (em 29 de Janeiro de 2011), publicados entre 2001 e 2011, com os seguintes descritores: Motivational Interviewing* AND Alcohol*. Obteve-se um total de 403 artigos: 176 artigos na CINAHL e 227 artigos na MEDLINE, com um total final de 6 artigos. Guyatt e Rennie (2002) preconizam que as revisões sistemáticas da literatura devem levar em conta a evidência dos últimos cinco anos. No entanto, considerou-se um período temporal de dez anos, de modo a beneficiar de uma maior abrangência face ao conhecimento existente sobre a matéria em análise.

Como critérios de inclusão privilegiaram-se os artigos

com foco na problemática da pessoa com 18 anos ou mais; com consumo abusivo de álcool; com recurso a metodologia qualitativa e/ou quantitativa ou revisão sistemática da literatura; com clarificação do impacto da utilização da Entrevista Motivacional. Nos critérios de

exclusão inseriram-se todos os artigos com metodologia pouco clara, repetidos nas duas bases de dados, com data anterior a 2001, e todos aqueles sem correlação com o objecto de estudo. O percurso metodológico levado a cabo encontra-se exemplificado na figura 1.

FIGURA 1 - Processo de pesquisa e selecção.



3 - RESULTADOS

Para conhecer os diferentes tipos de produção de conhecimento patentes nos artigos filtrados, utilizaram-se sete níveis de evidência (Melnik e Fineout-Overholt, 2005): Nível I: Evidência decorrente de Revisões Sistemáticas ou Meta-análise de Estudos Randomizados Controlados (RCT's) relevantes, ou evidência decorrente de Guidelines para a prática clínica, baseadas em revisões sistemáticas de RCT's; Nível II: Evidência obtida

através de pelo menos RCT; Nível III: Evidência obtida através de um estudo controlado, sem randomização; Nível IV: Evidência obtida através de estudos de caso-controle ou de corte; Nível V: Evidência obtida através de revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; Nível VI: Evidência obtida através de um único estudo descritivo ou qualitativo; Nível VII: Evidência obtida através da opinião de autores e/ou relatórios de painéis de peritos.

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Brad Lundahl; Brian L. Burke "The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice-Friendly Review of Four Meta-Analyses"; 2009 Journal of clinical Psychology: In Session, Vol. 65 (11), 1232-1245 (2009)
Objectivos do Estudo	Revisão das últimas 4 meta-análises efectuadas sobre Entrevista Motivacional para reconhecimento do seu valor e aplicabilidade na prática em diferentes quadros clínicos.
Participantes	Quatro meta-análises publicadas entre 2003-2009.
Intervenções	Revisão e análise das meta-análises na procura da fundamentação e eficácia da Entrevista Motivacional.
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados.	Revisão sistemática da literatura.
Resultados	A Entrevista Motivacional é significativa (10-20%) mais eficaz do que nenhum tratamento e geralmente, igual a outras psicoterapias para uma ampla variedade de problemas que vão desde o uso da substância a comportamentos de risco em variadas patologias. A relação custo-eficácia é superior a outras técnicas utilizadas. Pode ser apreendida e utilizada por todos os profissionais de saúde.
Nível de Evidência	I

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Michael D. Stein, Anthony Charuvastra, Jina Maksad & Bradley J. Anderson "A randomized trial of a brief alcohol intervention for needle exchangers (BRAINE)" 2002 Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs
Objectivos do Estudo	Testar a Entrevista Motivacional (EM) como uma intervenção breve para redução do consumo de álcool entre os utentes de troca de seringas.
Participantes	Programa troca de seringas de Providence, Rhode Island, EUA. Entre 2/98 e 10/99, foram recrutados 187 com AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) positivo (> 8) em consumidores de drogas injectáveis.
Intervenções	Os participantes receberam duas intervenções motivacionais breves, de 1 hora, uma no início da pesquisa e outra passado um mês após as visitas de avaliação, focalizando o consumo de álcool e risco de contrair HIV.
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados.	Ensaio clínico randomizado. O grupo controlo e sujeitos a EM, receberam avaliações de investigação idênticas no início, 1 e 6 meses após entrada no estudo. Aos 6 meses, os resultados do estudo avaliam dias de uso de álcool medido através de um cronograma.
Resultados	Estudo de retenção foi de 96,8% em 6 meses. Os participantes relataram uma média de 12,0 dias de consumo no início e de 8,3 a 6 meses. Reduções significativas nos dias de consumo foram observadas em ambas as condições de tratamento. Verificou-se um tratamento signficante X efeitos de interacção no início de dias de consumo. Os resultados foram significantes para os indivíduos que tinham uma frequência de consumo acima da média (> 9), mas não para aqueles com a média, no início, abaixo da frequência de consumo. A comparação dos resultados fornece a evidência da eficácia, a EM foi mais do dobro eficaz que no grupo de controlo, havendo participantes cuja redução foi de 7 dias ou mais ($P < 0,05$).
Nível de Evidência	II

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Sarah W. Feldstein, Ph.D. and Alyssa A. Forcehimes, Ph.D. "Motivational Interviewing with Underage College Drinkers: A Preliminary Look at the Role of Empathy and Alliance" The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 33: 737-746, 2007
Objectivos do Estudo	Este estudo avaliou o impacto da Entrevista Motivacional (EM) no consumo de álcool em estudantes universitários e analisou o papel específico de empatia e de aliança na EM.
Participantes	Cinquenta e cinco consumidores abusivos foram randomizados para uma sessão de EM no grupo de controlo.
Intervenções	Empatia e a Aliança foram avaliadas através da Motivational Interview Treatment Integrity coding system (MITI), avaliações dos participantes e terapeuta.
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados.	Usado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Inc.), listagem de números aleatórios, 40 participantes foram randomizados para a EM e 15 para a amostra de controlo. Para os participantes foi agendado um <i>follow-up</i> passados 2 meses para avaliar o consumo de álcool. Três terapeutas que concluíram a Entrevista Motivacional "Training for Trainers" <i>workshop</i> conduziram a EM. Os terapeutas foram direccionados para realizar uma sessão de 45 minutos de EM seguindo os princípios fundamentais desta, com a opção de fornecer informação geral sobre o consumo de álcool. Não foram fornecidos os dados de consumo dos participantes aos terapeutas. Os terapeutas explicaram aos participantes que a sessão seria gravada em áudio para avaliar o desempenho do terapeuta e a cassete seria destruída em 2008. Os estudantes randomizados do controlo não receberam intervenção.
Resultados	No <i>follow-up</i> dos 2 meses, os múltiplos testes não revelaram efeitos de interacção significativos. Comparando as médias de ambos os grupos, verificou-se redução dos problemas ligados ao álcool, no entanto, apenas a amostra da EM evidenciou redução significativa no consumo abusivo de álcool. Apesar das reduções de ambos os grupos, a EM teve melhores resultados. Contrariando as previsões, a empatia e a aliança não demonstraram melhoria nos resultados.
Nível de Evidência	II

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Patricia Juarez, Scott T. Walters, Mikyta Daugherty, Christopher Radi "A Randomized Trial of Motivational Interviewing and <i>Feedback</i> with Heavy Drinking College Students" J. Drug Education, Vol. 36 (3) 233-246, 2006
Objectivos do Estudo	Este estudo avaliou os efeitos individuais e colectivos da Entrevista Motivacional (EM) e o <i>feedback</i> entre 122 estudantes universitários, consumidores abusivos.
Participantes	122 Participantes (64 mulheres e 58 homens). Os participantes foram seleccionados a partir de aulas de introdução à psicologia avançada da Universidade Southwestern. Estes relataram pelo menos um episódio de consumo (i.e., 5 ou mais bebidas por homem, 4 ou mais por mulher) nas duas últimas semanas.
Intervenções	Os Participantes foram escolhidos aleatoriamente para: 1) EM com <i>feedback</i> , 2) EM sem <i>feedback</i> , 3) envio do <i>feedback</i> apenas, 4) EM com envio de <i>feedback</i> , ou 5) avaliação apenas do grupo de controlo.
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados.	Avaliação inicial incluiu questões demográficas dos participantes, anos escolares, idade, sexo, tipo de residência, estado civil, rendimento, etnia e história familiar de alcoolismo. No início, o consumo de álcool foi medido usando um calendário retrospectivo semelhante ao Daily Drinking Questionnaire. Pediu-se aos participantes para pensarem numa semana típica, do último mês e, para cada dia, estimar o número <i>standard</i> de bebidas consumidas. Para obter o pico de concentração de álcool no sangue, uma questão foi semelhante em que se pediu aos participantes um episódio mais pesado durante os últimos 30 dias, e o número de horas durante o qual o álcool foi consumido. O item 23 - Rutgers Alcohol Problem Index (RAPI), mede as consequências relacionadas ao álcool. Inicialmente, o prazo das questões RAPI foi definido para o último ano antes da avaliação do consumo; no <i>follow-up</i> o prazo foi definido para os últimos dois meses. Sintomas de dependência do álcool foram consultados usando os 15 itens do Short Alcohol Dependence Data (SADD).
Resultados	Na oitava semana do <i>follow-up</i> todos os grupos reduziram: o seu consumo, pico BAC (Blood Alcohol Concentration), consequências e sintomas de dependência.
Nível de Evidência	II

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Peter M. Monti, Nancy P. Barnett, Suzanne M. Colby, Chad J. Gwaltney, Anthony Spirito, Damaris J. Rohsenow & Robert Woolard "Motivational Interviewing Versus <i>feedback</i> only in emergency care for young adult problem drinking" Society for the study of addiction, 2007
Objectivos do Estudo	Estabelecer a eficácia da entrevista motivacional comparada ao <i>feedback</i> entregue num departamento de emergência, na redução do consumo do álcool e problemas relacionados a este, entre os jovens adultos.
Participantes	Um total de 198 utentes (18-24 anos), que deram álcool positivo no momento da admissão ou preencheram os critérios de selecção para problemas com o álcool. Local -Trauma Center Nivel I
Intervenções	Os participantes foram seleccionados aleatoriamente para ter uma sessão de Entrevista Motivacional (EM), que incluiu <i>feedback</i> personalizado, ou apenas o relatório de <i>feedback</i> personalizado. Todos os participantes receberam contacto telefónico adicional de 1 e 3 meses após o início.
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados.	Dois grupos de ensaios clínicos randomizados, com <i>follow-up</i> de avaliação aos 6 e 12 meses. Informações demográficas, uso de álcool, problemas com o álcool e procura de tratamento.
Resultados	Os participantes com a Entrevista Motivacional, seis meses depois, consumiram menos dias, tiveram menos dias de consumo abusivo e consumiram menos por semana durante o último mês, do que os pacientes apenas com o relatório de <i>feedback</i> personalizado. Estes efeitos foram mantidos durante 12 meses. Os resultados demonstram o dobro da eficácia nos participantes da intervenção motivacional sobre o grupo com <i>feedback</i> na redução de consumo de álcool. Redução nos problemas relacionados com o consumo excessivo de álcool e aumento da procura do tratamento do álcool observou-se nas duas condições de tratamento. As conclusões deste estudo apoiam o potencial da intervenção motivacional para reduzir o consumo de álcool nos utentes de alto risco.
Nível de Evidência	II

Autor, Título do Estudo, Ano, Publicação	Nancy Beckham "Motivational Interviewing with Hazardous drinkers"; 2007 Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 19 (2007) 103-110
Objectivos do Estudo	Testar a eficácia da Entrevista Motivacional numa população de consumidores de risco, que frequentam centros de saúde comunitários na zona rural do sudeste de Idaho, nos Estados Unidos.
Participantes	26 identificados como consumidores abusivos, com idades entre os 19 e 55 anos.
Intervenções	Aplicado test AUDIT para a selecção dos intervenientes. 1ª Fase – grupo de estudo: realização de uma única sessão de Entrevista Motivacional com colheita de amostra de sangue para controlo de GGT; 2ª fase – grupo de controlo: colheita de sangue pra controlo de GGT. Durante as 6 semanas seguintes todos os elementos registam num calendário semanal o seu consumo diário. 3ª Fase – para os dois grupos é feita nova colheita de sangue para controlo de GGT e verificados os registos de consumo diário.
Tipo de Estudo, Métodos de Colheita de Dados.	Randomizado.
Resultados	Observou-se uma redução do consumo diário e dos valores de GGT no grupo de estudo <i>versus</i> grupo de controlo.
Nível de Evidência	II

4 – DISCUSSÃO

Lundahl e Burke (2009) fizeram uma revisão sistemática da literatura sobre quatro meta-análises efectuadas sobre a problemática da Entrevista Motivacional, tendo concluído no seu estudo que a sua utilização, em pessoas com problemas de consumo de álcool, é 10 a 20% mais eficaz do que a inexistência de qualquer tratamento ou, no mínimo, igual a outros tratamentos existentes. Demonstra a sua importância na adesão a regimes terapêuticos e à redução de comportamentos de risco. Refere igualmente que a relação custo-benefício a torna particularmente atraente em relação a outras intervenções terapêuticas existentes. Verifica também a sua eficácia independentemente das variáveis de cada indivíduo. Refere como provável a durabilidade dos seus efeitos. Menciona que pode ser apreendida e utilizada por todos os profissionais de saúde.

Stein *et al.* (2002) referem obter uma redução da frequência dos consumos e que foi substancialmente grande no 6º mês em relação ao primeiro. Nos participantes com Entrevista Motivacional observou-se grande redução no consumo ao sexto mês; para a amostra completa, a Entrevista Motivacional mostrou uma média de 4,6 menos dias de consumo enquanto o grupo de controlo mostrou 2,8 menos dias de consumos de álcool.

Na Entrevista Motivacional, o terapeuta usou uma atitude terapêutica empática, evitou a argumentação e a resistência. Desenvolveu indicadores de discrepância entre os objectivos e o comportamento de cada indi-

víduo e suporte de auto-eficácia do indivíduo (Miller e Rollnick, 2001). A Entrevista Motivacional teve três objectivos: 1 – avaliar, com o utente, o grau em que este se coloca no beber perigoso; 2 – identificar relação entre o consumo de álcool e consequências negativas relacionadas com este; 3 – identificar objectivos para mudança do comportamento e examinar com o utente qualquer barreira para mudar. A Entrevista Motivacional foi introduzida como uma oportunidade para os indivíduos falarem sobre os seus pensamentos e sentimentos sobre o álcool.

Este estudo fornece a primeira evidência directa de que o aconselhamento breve reduz significativamente a frequência do consumo de álcool. Nestes utentes com consumos abusivos, duas entrevistas motivacionais breves têm um efeito substancial.

Feldstein e Forcehimes (2007) referem que apesar da amostra ser pequena (foi uma das limitações consideradas pelos autores), demonstra que tanto a amostra que teve a intervenção da Entrevista Motivacional como a amostra de controlo mostraram redução significativa nos problemas relacionados com o álcool no *follow-up* do segundo mês. Notavelmente, apenas a amostra da Entrevista Motivacional evidenciou redução significativa no consumo abusivo de álcool. Apesar dos dois grupos apresentarem evidência na redução nos problemas ligados ao álcool, os cálculos indicam melhores resultados na Entrevista Motivacional do que na amostra de controlo, quer no que diz respeito ao consumo abusivo,

quer nos problemas ligados ao álcool. Contrariamente às previsões, a empatia e a aliança não mostraram relação com os resultados.

No estudo de Juarez *et al.* (2006), os consumos de álcool foram medidos através de um calendário similar ao Daily Drinking Questionnaire. Pediu-se aos participantes para pensarem numa semana típica do último mês e, para cada dia, estimar o número *standard* de bebidas consumidas nesse dia. Para obter o pico de concentração de álcool no sangue, foi feita uma questão em que se pediu ao participante um episódio com consumo maior durante os últimos 30 dias, e o número de horas durante o qual o álcool foi consumido.

Na oitava semana do *follow-up* todos os grupos reduziram o seu consumo, pico BAC (Blood Alcohol Concentration), consequências e sintomas de dependência. Monti *et al.* (2007) referem que as intervenções breves para o álcool são recomendadas para a área médica, incluindo serviços de emergência. Estudos de intervenção breve em contextos médicos, normalmente têm seguido as orientações da Entrevista Motivacional (Miller e Rollnick, 2001), que é centrada no utente, método directivo para aumentar a motivação intrínseca para a mudança ao explorar e resolver a ambivalência. A Entrevista Motivacional engloba técnicas de várias abordagens, tais como psicoterapias breves, 'terapia centrada no utente', terapia cognitiva, terapia sistémica e até a psicologia social de persuasão.

A Entrevista Motivacional mostrou-se eficaz na redução dos consumos entre os consumidores adultos (Lundahl e Burke, 2009) e estudantes universitários (Feldstein e Forchuck, 2007), e com os adultos jovens e adultos de alto risco (Monti *et al.*, 2007). A Entrevista Motivacional é particularmente bem adequada em serviços de emergência, na medida em que é facilmente usada em todos os níveis de pacientes prontos para a mudança (Miller e Rollnick, 2001; Monti *et al.*, 2007). Relativamente ao não tratamento dos grupos de controlo, a evidência está a favor do uso da Entrevista Motivacional (Lundahl e Burke, 2009).

Como resultados, aos seis meses após a intervenção motivacional os participantes beberam menos dias, tiveram menos dias de consumo abusivo e consumiram menos por semana no último mês em relação aos

pacientes com o relatório de *feedback* personalizado. Estes efeitos foram mantidos a 12 meses. A avaliação clínica indicou que o dobro dos participantes da intervenção motivacional reduziu o seu volume de consumo de álcool desde o início até 12 meses (Stein *et al.*, 2002).

Beckham (2007), enfermeira, refere que a Entrevista Motivacional é uma intervenção eficaz para consumidores abusivos na prática de saúde comunitária, sendo responsável por mudanças positivas numa parcela significativa dentro da amostra.

Os resultados deste estudo são consistentes com outras investigações acerca da eficácia da Entrevista Motivacional na prática clínica (Miller e Rollnick, 2001). Há um vasto espectro de investigação ainda necessária neste campo, não são só os consumidores de risco que beneficiam de programas eficazes para tratar o consumo, mas também a sociedade em geral, através da redução dos encargos dos grandes custos relacionados a problemas com o álcool.

Todos os artigos analisados, independentemente da condição de tratamento, mostraram uma diminuição nos consumos de álcool, quer a nível de dias de consumo (Stein *et al.*, 2002), verificando-se que consumiram menos dias (Beckham, 2007), tiveram menos dias de consumo abusivo e consumiram menos por semana; quer a nível da quantidade/volume de consumo de álcool (Monti *et al.*, 2007). Mostra-se, assim, a evidência directa da eficácia da Entrevista Motivacional. Monti *et al.* (2007) apoiam, para a potencialidade da Entrevista Motivacional, a redução do consumo de álcool nos utentes de alto risco. A Entrevista Motivacional é significativamente mais eficaz (10-20%) na redução dos consumos (Lundahl e Burke, 2009). A diminuição dos consumos de álcool, nos vários estudos que foram realizados, existiu *follow-up* aos 2, 6 e 12 meses, mostrando a eficácia da Entrevista Motivacional neste período. Os estudos demonstraram também a redução dos problemas ligados ao álcool (Juarez *et al.*, 2006; Monti *et al.*, 2007). A relação custo-benefício também é uma das vantagens relatadas (Beckham, 2007; Lundahl e Burke, 2009). Esta intervenção parece adequada para os utentes com consumos abusivos (Monti *et al.*, 2007), mas o tratamento óptimo e os seus componentes da intervenção breve merecem um estudo mais aprofundado (Stein *et al.*, 2002).

5 – CONCLUSÕES

Os enfermeiros têm desenvolvido diferentes competências ao longo dos anos, a sua presença constante junto do utente proporciona uma posição privilegiada para ajudar o outro a mudar comportamentos e que se revelem benéficas para o próprio, no futuro (Dart, 2011).

A importância atribuída à Entrevista Motivacional é recente pois quando se pesquisou na base dados EBSCO (na CINAHL e MEDLINE), os primeiros resultados com os descritores "Motivational Interviewing" And "Nursing" surgiram em 1998, e até 2001 surgiram 10 artigos. Nos últimos 10 anos surgiram mais 203 artigos, o que demonstra o interesse crescente da enfermagem por esta intervenção na última década.

Consideramos que os enfermeiros são um grupo profissional privilegiado no desenvolvimento desta competência, uma vez que estão permanentemente em relação com o utente. Ainda, pela evidência demonstrada, verifica-se uma diminuição dos consumos abusivos, o que quer dizer que representa um ganho em termos de saúde para o utente e para a sociedade em geral.

A aplicação da Entrevista Motivacional pelos enfermeiros tem como objectivo intervir a nível da prevenção primária e terciária (na adaptação e reconstituição). Os cuidadores e utentes formam uma parceria para negociar as metas e resultados desejados para obter a condição óptima de saúde/bem-estar do utente.

A Entrevista Motivacional pode ser conduzida por vários profissionais de saúde, como é o caso dos enfermeiros. Miller e Rollnick (2001) defendem que estes, à semelhança de todos os outros, recebam formação e adquiram competências específicas neste tipo de abordagem. Os enfermeiros precisam explorar o uso da intervenção breve na sua prática diária (Hyman, 2006). A aprendizagem e o aperfeiçoamento da utilização desta intervenção requer uma aprendizagem que se revela não muito onerosa nem muito prolongada no tempo. Como defendem Lundahl e Burke (2009) no seu estudo, a Entrevista Motivacional é facilmente apreendida e posta em prática pelos diferentes grupos profissionais da área da saúde. Segundo os mesmos autores é suficiente um *workshop* de 2 dias, seguido de supervisão. Para além da evidência demonstrada pela análise dos diferentes artigos sobre eficácia da Entrevista Motivacio-

nal na redução dos consumos de álcool, (10-20% mais eficaz do que a inexistência de qualquer tratamento, ou, no mínimo, igual a outros tratamentos existentes), existe igualmente a vantagem da relação custo-benefício da sua utilização (Lundahl e Burke, 2009).

Inicialmente, tinha-se definido as recaídas dos utentes com doença alcoólica como a nossa problemática, mas ao pesquisarmos na base de dados EBSCO com os seguintes descritores: "Relapse Prevention" And "Alcohol", constatámos que não surgiram artigos adequados ao estudo, optando-se posteriormente pela evidência da eficácia da Entrevista Motivacional na redução dos consumos abusivos de álcool. Com a evidência que os resultados demonstram na sua aplicabilidade e eficácia, extrapolamos que poderá ser uma das intervenções com potencial na prevenção das recaídas nos utentes com patologia alcoólica. Souza (2009) refere que quanto mais as características consideradas pelo estudo forem próximas de determinada realidade de trabalho, mais os resultados do estudo clínico randomizado (ECR) podem ser extrapolados. Beckam (2007) refere que a prevenção do retorno a consumos prejudiciais é um aspecto primordial nos cuidados aos consumidores abusivos e que a utilização da Entrevista Motivacional pode ser eficaz. Segundo (Kantorski *et al.*, 2005), a Entrevista Motivacional é uma abordagem que também se utiliza na prevenção da recaída, visando auxiliar a pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito dos seus problemas presentes ou potenciais, podendo ser utilizada de forma isolada ou em associação com outras estratégias de intervenção mais específicas. Contudo, achamos pertinente a investigação e pesquisa mais aprofundada desta abordagem, a fim de comprovar a sua eficácia, indo ao encontro das políticas actualmente propostas no Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool.

CONTACTOS:

ALCIDES SILVA RODRIGUES

Enfº Graduado, IDT/DRLVT/UD – Centro das Taipas.
alcides.rodrigues@idt.min-saude.pt

ANA CRISTINA PAULINO PISSARRA

Enfº Graduada, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

FERNANDO JAIME DA SILVA MARQUES

Enfº Graduado, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

MANUEL JOÃO CARVALHO MOURÃO

Enf^o Graduado, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

MARTA MARISA MARCELINO GASPAR MENDES

Enfermeira, Hospital Dia da Unidade Comunitária de Cuidados Psiquiátricos de Odivelas do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

PEDRO MIGUEL ALMEIDA FREIRE

Enf^o Graduado, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, P.; Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: A Public Health Perspective: A report for the European Commission*. UK: Institute of Alcohol Studies. Disponível em: <http://dse.univr.it/addiction/documents/External/alcoholineu.pdf>.
- Babor, T. (2009). "Resumo do relatório da OMS. Álcool: Bem de consumo sui generis". Resumo do livro: Alcohol & Public Policy Group. *Revista Toxicodependências*. Edição IDT. Volume 15. Número 1: 77-86. ISSN: 0874-4890.
- Balsa et al. (2008). *Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral*, Lisboa, IDT, ISBN: 978-972-9345-66-1.
- Beckham, N. (2007). *Motivational Interviewing with Hazardous drinkers*. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners. 19: 103-110. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção Terapêutica*. Loures, Lusodidacta ISBN: 978-989-8075-05-5.
- Craig, J. V.; Smyth, L. R. (2004). *Prática Baseada na Evidência*, Manual para enfermeiros. Loures, Lusociência. ISBN: 972-8383-61-4.
- Dart, Michelle (2011). *Motivational Interviewing in Nursing Practice: Empowering the Patient*. Sudbury, Jones and Bartlett publishers. ISBN 978-0-7637-7385-4.
- Feldstein, S. W.; Forcehimes, A. A. (2007). "Motivational Interviewing with Underage College Drinkers: A Preliminary Look at the Role of Empathy and Alliance". *The Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33: 737-746. Available from: MEDLINE Plus with Full Text.
- Fortin, M. (2000). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. (2^a ed.), Loures, Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda. 88 pp. ISBN: 972-8383-10-X.
- Guyatt, G.; Rennie, D. (2002). *Users' Guides to the Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*. Chicago, edited AMA. ISBN: 1-57947-191-9.
- Hyman, Z. (2006). "Brief interventions for high-risk drinkers". *Journal of Clinical Nursing*, Nov. 2006, Vol. 15 Issue 11, p1383-1396, 14p Available from: MEDLINE Plus with Full Text.
- Juarez, P.; Walters, S. T.; Daugherty, M.; Radi, C. (2006). "A randomized trial of motivational interviewing and feedback with heavy drinking college students". *J. Drug Education*, Vol. 36 (3): 233-246. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- Kantorski, P. et al. (2005). "Grupo de prevenção de recaídas de álcool e outras drogas". *Revista Electrónica Salud Mental, Alcohol y Drogas* [en línea] 2005. Acedido em 16/02/2011. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80310104>> .
- Kiritzé-Topor, P. e Bénard, J. (2007). *Guia Prático Climepsi de Alcoologia*. Lisboa, Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-289-1.
- Lundahl, B.; Burke, B. L. (2009). "The Effectiveness and Applicability of Motivational Interviewing: A Practice - Friendly Review of Four Meta-Analyses". *Journal of clinical Psychology*, in Session, Vol. 65 (11): 1232-1245. Available from: MEDLINE Plus with Full Text.
- Melnik, B.; Fineout-Overholt, E. (2005). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice* [monograph on the Internet]. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins, [cited December 17, 2010]. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- Miller W. R.; Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre, Artemed Editores. ISBN 0-89862-469-10.
- Monti, P. M.; Barnett, N. P.; Colby, S. M.; Gwaltney, C. J.; Spirito, A.; Rohsenow, D. J.; Woolard, R. (2007). "Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking". *Addiction*, 102. 1234-1243. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental*. Lisboa. Acedido em 20/02/2011 à 1H35m em: <http://www.ordemenfermeiros.pt> .
- Organização Mundial de Saúde (2010). *Best practice in estimating the costs of alcohol - Recommendations for future studies*. Copenhagen, Denmark ISBN 978 92 890 4207 9.
- Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010 - 2012. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/DFF7BEF4-9F5F-4470-B058-8376F8644B16/0/PlanoNacionalPLA202009II.pdf>.
- Pombo, S. et al. (2008). "Denegação do alcoolismo nos subtipos I e II de Cloninger". *Análise Psicológica*, 1 (XXVII): 59-69. Acedido 18/02/2011. Disponível em: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-00862008000200012&script=sci_arttext.
- Reiff-Hekking, S.; Ockene, J.; Hurley, T. & Reed, G. (2005). "Brief physician and nurse practitioner-delivered counseling for high-risk drinking". Results at 12 - month follow-up. *Journal of General Internal Medicine*, 20 (1): 7-13. Available from: MEDLINE Plus with Full Text.
- Ribeiro, C. (2008). "Impactos do álcool e estratégias de intervenção na Europa. Que papel para os Cuidados de Saúde Primários". *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, Vol. 24. Acedido em 11/02/2011. Disponível em: http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33562&conlId=14.
- Souza, R. F. (2009). "O que é um estudo clínico randomizado?". *Medicina* (Ribeirão Preto). 42 (1): 3-8. Acedido em 18/02/2011 às 3H30m. Disponível em: <http://www.fmrp.vsp.br/revista/2009/vol42n1>.
- Stein, M. D.; Charuvastra, A.; Maksad, J.; Anderson, B. J. (2002). "A randomized trial of a brief alcohol intervention for needle exchangers (BRAINE)". *Addiction*, 97, 691-700. Available from: CINAHL Plus with Full Text.
- World Drink Trends (2005). Oxfordshire: World Advertising Research Center. Acedido em 18/02/2011 às 02h30m. Disponível em: http://www.ias.org.uk/resources/publications/warc/worlddrinks_2005.html.