



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Intervenções Especializadas de Enfermagem de Prevenção da Recaída no Cliente com Dependência Alcoólica

Fernando Jaime da Silva Marques

Maria José Nogueira

2012



ÍNDICE

INTRODUÇÃO 11

1. O ÁLCOOL E A DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA 13

1.1. Epidemiologia do consumo de álcool 13

1.2. Dependência alcoólica e os impactos na saúde 14

1.3. A Recaída e stressores 15

2. FUNDAMENTOS DO CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA 17

2.1. As competências do enfermeiro perito 17

2.2. Contributos do modelo conceptual de Betty Neuman na compreensão da pessoa em situação de dependência alcoólica 19

2.3. Revisão da literatura – contributos da terapia cognitivo-comportamental e da entrevista motivacional 22

2.3.1. Terapia cognitivo-comportamental 22

2.3.2. Entrevista motivacional 24

3. CONTEXTO DAS INTERVENÇÕES E PLANO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS 27

3.1. Questões éticas 27

3.2. Área Dia - UTRA 27

3.2.1. Finalidade e objectivos 28

3.2.2. Processo e plano de trabalho 28

3.2.2.1. Etapa 1 – Avaliação diagnóstica 29

3.2.2.2. Etapa 2 - Plano de Prevenção da Recaída de cada sessão 34

3.2.2.3. Etapa 3 – Monitorização e indicadores de resultado de saúde e satisfação dos clientes 38

3.3. Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures (NIC de Loures) 49

3.3.1. Avaliação diagnóstica 49

4. ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 53

4.1. Experiências e contributos relevantes 53

4.2. Desenvolvimento pessoal e perícias adquiridas para o estadió de perito 54

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 57

ANEXOS 64

APÊNDICES

RESUMO

O presente relatório tem como finalidade descrever o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, no âmbito do estágio do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Os problemas ligados ao consumo de álcool constituem em Portugal um problema de saúde pública. Tenho constatado, ao longo da prática clínica, que o cliente com dependência alcoólica apresenta múltiplos reinternamentos, ou seja, a recaída é frequente. Segundo alguns autores a recaída é mais frequente nos três primeiros meses. A revisão da literatura foi fundamental no delinear das intervenções, tal como os contributos do modelo conceptual de Betty Neuman na compreensão da pessoa em situação de dependência alcoólica. O estágio decorre em dois contextos clínicos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa: a Área Dia da Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA) e no Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures (NIC de Loures). A Área Dia da UTRA teve como finalidade desenvolver um Plano de Prevenção de Recaída baseado em técnicas da terapia cognitivo-comportamental e da entrevista motivacional. O NIC de Loures teve como objectivo identificar problemas relacionados ao uso de álcool, através da aplicação do AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test). Na análise dos resultados, verificou-se que as intervenções tiveram um

impacto positivo no cliente através de um melhor estado de saúde destes. Os dois contextos clínicos permitiram o desenvolvimento de perícias e habilidades de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Palavras-chave: Álcool, Plano de Prevenção da recaída, Intervenções, Competências.

ABSTRACT

This report aims to describe the route of acquisition and development of skills within the 2nd stage of the Master's Degree in Nursing, Specialization in Mental Health Nursing and Psychiatric. The problems associated with alcohol consumption in Portugal are a public health problem. I have found, during clinical practice, the customer with alcohol dependency has multiple readmitted, in other words, relapse is frequent. According to some authors relapse is more frequent in the first three months. The literature review was instrumental in the design of interventions, such as the contributions of the conceptual model of Betty Neuman in understanding the person in a state of alcohol dependence. The stage takes place in two clinical contexts of Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa: the Área Dia of Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA) and the Núcleo Comunitário de Loures (NIC Loures). The Área Dia of UTRA was to develop a Relapse Prevention Plan based on techniques of cognitive behavioral therapy and motivational interviewing. The NIC Loures aimed to identify problems related to alcohol use through the application of the AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test). Analyzing the results, it was found that interventions had a positive impact on the client via a better state of health. The two clinical settings allowed the development of skills and abilities Nurse Specialist in Mental Health Nursing and Psychiatric.

Keywords: Alcohol, Relapse Prevention Plan, Intervention, Skills.

ABREVIATURAS E SIGLAS

% – Percentagem

AUDIT – Alcohol Use Disorder Identification Test

BDI – Inventário de Depressão de Beck

CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa

EMCA – Escala Multidimensional de Craving de Alcohol

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

NIC de Loures – Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures

NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PLA – Problemas Ligados ao Álcool

PPR – Plano de Prevenção de Recaída

SCO – Questionário do Sentido de Coerência

SOCRATES – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

STAI – Stait-Trait Anxiety Inventory

UTRA – Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório decorre no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ministrado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O estágio foi desenvolvido no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, em dois contextos: o primeiro e mais longo, na Área Dia da Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA) e no Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures (NIC de Loures).

A finalidade deste estágio foi desenvolver e adquirir competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente no que se refere a "deter

um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” e prestar “cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo da vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2010).

Os Problemas Ligados ao Álcool (PLA) constituem em Portugal um problema de saúde pública. De acordo com o Plano Nacional para a Redução dos PLA 2010 – 2012 (2009) estima-se que existam cerca de 580.000 pessoas dependentes do álcool em Portugal, ou seja 7% da população com idade superior a 15 anos.

Ao longo da minha prática clínica, tenho constatado que o cliente com dependência alcoólica sofre vários internamentos em pouco tempo, ou seja, a recaída é frequente. Os estudos apontam que dois terços da população que interrompe consumos de álcool recaem nos três primeiros meses após o tratamento, e estes valores sobem para 70%, nos seis meses posteriores.

O primeiro contexto de estágio (Área Dia) teve como finalidade desenvolver um Plano de Prevenção de Recaída (PPR) através de técnicas da entrevista motivacional e da terapia cognitivo-comportamental, visando a abstinência completa do uso do álcool; o segundo contexto (NIC de Loures) teve como objectivo identificar problemas relacionados ao uso de álcool, através da aplicação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).

Este relatório espelha um percurso académico, assente numa atitude de reflexão contínua, construída e fundamentada do ponto de vista científico.

O corpo do trabalho é constituído por cinco capítulos. O capítulo 1) descreve o álcool e a dependência alcoólica, numa forma resumida aborda a epidemiologia do consumo, os impactos na saúde, a recaída e os stressores. O capítulo 2) descreve os fundamentos do cuidado especializado de enfermagem ao cliente com dependência alcoólica; as competências do enfermeiro perito e os contributos do modelo conceptual de Betty Neuman na compreensão da pessoa em situação de dependência alcoólica; e faz-se uma revisão da literatura. O capítulo 3) apresenta os aspectos éticos inerentes a

todo o percurso, o contexto das intervenções, os objectivos, o plano das actividades desenvolvidas e os resultados. Por último, o capítulo 4) faz-se uma análise do processo de aquisição e desenvolvimento de competências através do relatar das experiências e contributos relevantes e das considerações finais.

1 – O ÁLCOOL E A DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA

1.1 – Epidemiologia do consumo de álcool

Na história da humanidade, é evidente o prazer que o Homem retira do consumo de álcool, quer seja pelo seu efeito tónico e euforizante, quer pelo seu efeito de alívio para a angústia e de libertação de recalcamientos, o chamado “valor dionisíaco” do álcool. Nas sociedades antigas, o álcool estava associado aos ritos religiosos, era visto como fonte de potência e virilidade e servia ainda como antídoto para o medo e a angústia (Ferreira-Borges e Filho, 2004).

Actualmente, em todo o mundo, cerca de 2000 milhões de pessoas consomem bebidas alcoólicas, e destas cerca de 76 milhões possuem perturbações diagnosticadas relacionadas com o uso de álcool. Sabe-se que o consumo médio mundial é da ordem de 5,1 litros de álcool puro, por pessoa/ano, na população acima dos 15 anos (Ferreira-Borges e Filho, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) o consumo de álcool na Região Europeia é o dobro da média mundial, e a Europa é a zona do mundo com consumo mais elevado de álcool, com cerca de 11 litros *per capita*. Concretamente, 23 milhões de europeus (5% de Homens, 1% de Mulheres) são dependentes do álcool (Anderson; Baumberg, 2006).

Em Portugal, os problemas ligados ao consumo de álcool constituem um importante problema de saúde pública. Em 2003, segundo dados do *World Drink Trends* Portugal ocupava o 8º lugar do *ranking* 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 (World Drink Trends, 2005).

De acordo com Kiritzé-Topor e Bénard (2007) consumo abusivo engloba as categorias de consumo de risco, consumo nocivo e consumo com dependência. Segundo a OMS, considera-se consumo de risco ingerir mais de 24 gramas de álcool/dia no homem e mais de 16 gramas de álcool/dia na mulher (OMS, 2010).

1.2 – Dependência Alcoólica e os impactos na saúde

O conceito de dependência de álcool é definido como um padrão de consumos caracterizado por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, que podem desenvolver-se após repetido uso 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 actividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (Babor *et al*, 2001; Kiritzé-Topor e Bénard, 2007).

Rangé e Marlatt (2008) referem que a dependência consiste num padrão mal-adaptativo do uso da substância, levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, que pode ocorrer a qualquer momento no período de doze meses, e ser manifestado por três, ou mais, dos seguintes critérios: 1) Tolerância, ou seja necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado e acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma quantidade de substância; 2) Abstinência, manifestada pelo síndrome de abstinência e consumo para aliviar ou evitar os sintomas desta; 3) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo que o pretendido; 4) Existem esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; 5) tempo gasto em actividades para a obtenção da substância; 6) As actividades sociais, ocupacionais e recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância; 7) O uso contínuo da substância, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Efectivamente os autores são unânimes em considerar que a doença alcoólica tem repercussões a nível: individual com consequências físicas (cirroses, hepatites, pancreatites, etc.) e psicológicas (ansiedade, depressão, etc.) originadas por um consumo excessivo e prolongado; na família (violência doméstica e maus tratos); no trabalho (diminuição de rendimento laboral, aumento do absentismo, acidentalidade e reformas prematuras); na comunidade (perturbações nas relações sociais e da ordem pública); na condução (acidentes de viação) e problema legais derivados de actos violentos, criminalidade, etc. (Kiritzé-Topor e Bénard, 2007; Ferreira-Borges e Filho, 2008).

1.3 – A Recaída e stressores

O conceito de recaída é definido como sendo o acto de consumir após a decisão de manter a abstinência (Ferreira-Borges e Filho, 2004; Washton e Zweben, 2009). Já SCHULTZ (1995) define recaída como “voltar a cair num estado anterior, ou voltar a uma fase activa de uma doença depois de uma recuperação parcial”. O mesmo autor refere que “é o regresso a atitudes, pensamentos, sentimentos, emoções e

comportamentos que fazem recuar para a adição activa”. Assim, um cliente dependente de álcool, recaí quando retoma padrões de consumo anteriores.

Henriques (2004) refere que dois terços da população que interrompe consumos de álcool recaem nos três primeiros meses após o tratamento, e estes valores sobem para 70% em seis meses.

Para Ferreira-Borges e Filho (2007), os conceitos de recaída (*relapse*) e de lapso (*lapse/slip*) são diferentes, com base nas suas implicações e abordagens terapêuticas. Os mesmos autores, estabelecem as diferenças entre estes dois conceitos da seguinte forma:

- Lapso é um episódio impulsivo, com pequeno consumo único ou de curta duração, acompanhado de culpa, com relativamente poucas consequências e um desejo honesto de regressar à abstinência;
- Recaída é um acontecimento planeado, com longos períodos de uso, muito defensivo e justificativo, com grandes consumos e graves consequências, existindo uma incerteza quanto ao desejo de voltar à abstinência.

Os stressores são os efeitos fisiológicos, cognitivos, emotivos e sociais dos estímulos estressantes sobre o indivíduo (Chalifour, 2008).

Ferreira-Borges e Filho (2004) citando Marlatt e Gordon (1985) consideram que existem três grandes categorias de stressores, que podem levar os clientes com dependência alcoólica a recair:

- 1) Trinta e cinco por cento (35%) das recaídas são devidas aos estados emocionais negativos que incluem a ansiedade (para Kiritzé-Topor e Bénard, 2007, a ansiedade está presente em 98% dos clientes alcoólicos), depressão, a raiva e frustração;
- 2) Vinte por cento (20%) resultam da pressão social para consumir quer de forma directa como por exemplo oferta ou persuasão para consumir, quer indirecta como estar em lugares onde outras pessoas estão a consumir;
- 3) Dezasseis por cento (16%) são originadas por situações de conflito interpessoais desde discussões conjugais ou familiares, conflitos laborais, discussões com amigos ou situações de confronto com a autoridade.

2 – FUNDAMENTOS DO CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA

2.1 – As competências do enfermeiro perito

As competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros¹, e que se encontram descritas abaixo, guiaram o meu percurso de desenvolvimento académico e profissional:

¹ Diário da República 2.ª série – N.º 35 – 18 de Fevereiro de 2011

1. “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto-conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
2. assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;
3. 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;
4. 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” (OE, 2010).

Foi meu objectivo ao longo do estágio desenvolver duas em particular (a primeira e a quarta competência). Destaco em especial ajudar a pessoa adulta em situação de dependência alcoólica integrada na família, em grupos e na comunidade, a recuperar a saúde mental, mobilizando para tal as dinâmicas próprias do contexto de estágio. Especificamente através da realização e implementação de um plano especializado de cuidados em saúde mental de prevenção de recaída baseado no treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio-emocional, que evitem a exposição e exclusão social (OE, 2010).

Pretendi ainda desenvolver competências através da mobilização de técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o *insight* do cliente, permitindo-lhe elaborar novos sentidos para o problema (OE, 2010).

Parti também das consirações de BENNER (2001, p. 39), sobre a aquisição e desenvolvimento de saberes e perícias, a autora refere que “um estudante passa por cinco níveis sucessivos de competências: iniciado, iniciado-avançado, competente, proficiente e perito”.

Existem três aspectos essenciais que se introduzem quando se adquire uma competência:

“o primeiro é a passagem de uma confiança em princípios abstractos à utilização, a título de paradigma, de uma experiência passada concreta; o segundo é a modificação da maneira como o formando se apercebe de uma situação – não a vê tanto como um conjunto de elementos tirados aqui e ali, mas como um todo no qual só algumas partes são relevantes; o terceiro aspecto é a passagem de observador desligado a executante envolvido (...) já não está do lado de fora da situação e do processo, mas está empenhado na situação” (BENNER, 2001, p. 43).

O perito compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder em soluções e diagnósticos infrutíferos, age a partir de uma compreensão profunda da situação global (Benner, 2001, p. 58). A mesma autora refere que os peritos não são difíceis de reconhecer, dão opiniões clínicas e gerem situações complexas de forma notável e que as suas competências não podem ser reconhecidas pelos critérios usuais de avaliação.

Com base nos estadios referidos acima, tenho consciência de que parti do nível de competente e pretendo alcançar o estadio de perito, ou seja, prestar cuidados que envolvem uma maior complexidade. Tal como refere Benner (2001, p. 61), a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria. Diz também que com a experiência e o domínio a competência transforma-se, e esta mudança conduz a um melhoramento das actuações.

2.2 – Contributos do modelo conceptual de Betty Neuman na compreensão da pessoa em situação de dependência alcoólica

O modelo conceptual de Betty Neuman orientou o processo de cuidados ao longo do estágio. Foi de extrema importância para compreender a complexidade do cliente em dependência alcoólica.

Este modelo permitiu considerar e integrar os recursos internos e externos do cliente e identificar stressores e necessidades, bem como factores de protecção dos clientes no âmbito dos seus contextos de vida.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman assenta em quatro principais conceitos: 1) Indivíduo/Cliente; 2) Ambiente; 3) Saúde/Bem-Estar; 4) Enfermagem (Neuman e Fawcett, 1995).

Neste modelo o Indivíduo/Cliente é o enfoque central. O indivíduo é definido como cliente/sistema, e é visto como uma pessoa total, numa perspectiva holística e multidimensional. É entendido como um sistema aberto, em interacção constante com o ambiente, ou seja, influência e sofre impactos do contexto onde vive. É representado por uma estrutura básica, designada por “central core”, ou seja, por núcleo central rodeado por linhas concêntricas que representam três mecanismos de protecção da estrutura básica (a linha flexível de defesa, a linha normal de defesa e as mais internas as linhas de resistência).

O núcleo central contém 5 variáveis: as fisiológicas (dizem respeito ao corpo, à sua estrutura e ao seu funcionamento), as psicológicas (referem-se aos processos de pensamento e relacionamentos), as sócio-culturais (que estão relacionadas com a cultura e o meio social), as variáveis de desenvolvimento (dizem respeito ao ciclo da vida) e as espirituais (referem-se às influências exercidas pelas crenças espirituais, quer o indivíduo tenha percepção desta ou não). No sistema cliente em situação de dependência alcoólica as variáveis encontram-se enfraquecidas/debilitadas. Ou seja, os mecanismos de protecção tanto a linha flexível de defesa como a linhas normal de defesa e as linhas de resistência, que protegem o núcleo central, foram comprometidas, atingindo o núcleo central e colocando o seu equilíbrio/estabilidade em causa. Este desequilíbrio provoca uma reacção do sistema cliente surgindo sintomatologia (como por exemplo os sintomas de abstinência: ansiedade, confusão, irritabilidade, tremores, náuseas e vómitos, etc.) colocando a estrutura básica do sistema cliente em risco de sofrer falência ou mesmo morte.

Betty Neuman define ambiente como sendo as forças internas e externas que circundam o sistema cliente em qualquer ponto do tempo. O ambiente interno diz respeito ao espaço intrapessoal em que as interacções ocorrem no indivíduo. O ambiente externo é o espaço interpessoal ou extrapessoal, ou seja, as interacções que ocorrem fora do indivíduo. O ambiente criado é desenvolvido de uma forma inconsciente. No ambiente existem os agentes de stress, ou seja, forças que podem

alterar a estabilidade/integridade do sistema. Estes agentes podem ser classificados como: agentes intrapessoais, e actuam no interior do indivíduo, por exemplo a cirrose, o “inventar desculpas”, esconder ou recalcar os seus verdadeiros sentimentos, não enfrentar a raiva, etc.; agentes interpessoais, actuam num contexto de relação entre um ou mais indivíduos como por exemplo, frequentar os locais habituais de consumo, os conflitos familiares, laborais e legais, que muitos clientes com dependência alcoólica têm; por último os agentes extrapessoais, actuam no exterior do indivíduo, por exemplo a pobreza, o cliente com alcoolismo acaba por perder muitas vezes tudo o que tinha. No âmbito deste modelo a avaliação dos agentes de stress têm que ser compreendidos partindo das vivências do indivíduo em questão, ou seja, segundo a percepção do cliente, e não segundo a percepção do enfermeiro.

Na Saúde/Bem-Estar, Betty Neuman faz corresponder saúde ao bem-estar, que define como sendo a condição de estabilidade óptima do cliente/sistema cliente, ou seja, se as necessidades estão satisfeitas, está presente um estado óptimo de bem-estar. Neuman utiliza com frequência a expressão “variações do bem-estar” referindo que a avaliação destas variações é feita pela comparação entre o estado normal (habitual) de saúde /bem-estar do sistema cliente e aquele que se verifica em determinado momento da sua vida. Associado ao conceito de saúde/bem-estar surge outro, a que Neuman atribui especial ênfase: o conceito de reconstituição que define como sendo um estado de adaptação do cliente aos factores de stress do ambiente interno e externo (Neuman e Fawcett, 1995). O cliente com dependência alcoólica apresenta muitas necessidades por satisfazer, quer a nível físico, psicológico e social, pelo que frequentemente o seu estado de saúde/bem-estar encontra-se muito reduzido.

No que respeita ao conceito de Enfermagem, Neuman define-a como sendo uma profissão única, que se interessa por todas as variáveis que afectam as respostas do indivíduo aos factores de stress. Afirma que a finalidade da enfermagem é facilitar ao cliente um nível de bem-estar óptimo e tão completo quanto possível, o que se consegue ajudando-o a preservar, atingir ou manter a estabilidade do sistema cliente. Na perspectiva da autora as intervenções devem ser direccionadas no sentido do alívio ou da redução de agentes de stress ou condições adversas que afectam (reais) ou

possam vir a afectar (potenciais), o funcionamento óptimo do cliente em qualquer momento.

A autora sistematiza o processo de enfermagem em três categorias básicas: Diagnóstico de Enfermagem, que consiste em determinar quais os factores de stress que põem em risco a estabilidade do cliente, nomeadamente através da observação que o enfermeiro faz e da elaboração de uma base de dados, nesta etapa é importantes considerar as percepções do cliente; Metas de Enfermagem, estabelecer prioridades e objectivos a curto e longo prazo, que incluem as negociações entre o enfermeiro e o cliente, e as estratégias de intervenção para manter, reter e atingir a estabilidade do sistema cliente; Resultados de Enfermagem dizem respeito ao objectivo de manter a estabilidade total do sistema, num ou em mais níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

Quando o cliente com dependência alcoólica é internado por manifestar sintomatologia, as intervenções situam-se a nível secundário, desenvolvidas essencialmente para fortalecer as linhas de resistência, mobilizando para tal, os recursos internos e externos do sistema cliente. Se os resultados da intervenção secundária forem positivos, ocorrerá a reconstituição do sistema, quer dizer um estado de adaptação do indivíduo aos factores de stress do ambiente interno e externo. Esta adaptação pressupõe um movimento no sentido da melhoria da saúde/bem-estar do indivíduo, ou mais concretamente, o retorno e manutenção da estabilidade do sistema na sequência do tratamento das reacções/sintomatologia aos agentes de stress. Caso contrário, a tendência será para a falência da estrutura básica e conseqüentemente a morte do cliente.

Atingido um certo nível de estabilidade e reconstituição do cliente, os enfermeiros actuam na prevenção terciária. Nesta situação as acções levadas a cabo visam manter a reconstituição do cliente com dependência alcoólica. Nesta etapa é de primordial importância a prevenção da recaída, considerando como principais stressores de recaída as emoções negativas como a ansiedade, a depressão, a solidão, a culpa, entre outras.

A este nível é necessário mobilizar modelos de intervenção ajustados como por exemplo: grupos pós-alta, as reuniões dos Alcoólicos Anónimos, os grupos de ajuda mútua, etc., que têm como objectivo manter o sistema cliente abstinente, ou seja, manter a estabilidade e integridade do sistema.

2.3 – Revisão da literatura – contributos da terapia cognitivo-comportamental e da entrevista motivacional

A revisão da literatura foi primordial para fundamentar e delinear as intervenções de prevenção da recaída ao cliente, com base na melhor evidência, pois considera-se essencial o compromisso dos enfermeiros em prestar cuidados de qualidade e rigor, que respondam às reais necessidades dos seus clientes.

Deste modo, foi levado a cabo na fase de projecto, uma revisão da literatura, partindo da seguinte questão de investigação em formato PICO:

“Qual o impacto (Outcome) das intervenções apoiadas em técnicas cognitivo-comportamentais (Intervention), inseridas num plano de prevenção de recaída, no cliente com dependência alcoólica (Population) em contexto de Área Dia”.

2.3.1 – Terapia cognitivo-comportamental

Jiménez- Arriero *et al.* (2007), consideram que o tratamento das adições, carece de uma abordagem multidisciplinar que integra as dimensões biológica, psicológica e social, com o objectivo de trabalhar todos os factores de vulnerabilidade que podem levar à recaída. Segundo os mesmos autores a intervenção psicológica é um dos componentes fundamentais no tratamento do alcoolismo. Os programas terapêuticos de intervenção orientados para a abstinência ou redução dos danos associados ao consumo, apresentam como objectivos: 1) manter a adesão terapêutica; 2) prevenir recaídas; 3) aumentar as competências e qualidade de vida no cliente alcoólico.

Segundo Bottlender, Köhler e Soyka (2006) a terapia cognitivo-comportamental incluída num programa de tratamento multimodal é eficaz. Referem também que há uma série de protocolos de tratamento em que a investigação controlada considerou sempre resultados positivos no treino de aptidões sociais e outros.

A terapia cognitivo-comportamental baseia-se na identificação das situações de risco de recaída, no desenvolvimento e treino de competências e estratégias para lidar com elas. Ajuda o cliente com adicção a reconhecer, evitar e enfrentar as situações em que se sentem mais sensíveis ao consumo, tais como, sentimentos, pensamentos e comportamentos (Ferreira-Borges e Filho, 2007; Rahioui e Reynaud, 2008).

A manutenção da mudança ao longo do tempo pressupõe o desenvolvimento de acções que estimulem e fortaleçam o comportamento pretendido, e também acções que impeçam ou não permitam que o indivíduo volte a desenvolver o comportamento anterior (Ferreira-Borges e Filho, 2007). Também para Litt, Kadden e Kabelá-Cormier (2009) citando Marlatt e Gordon (1985), o mecanismo de actuação responsável para o sucesso do tratamento cognitivo-comportamental é a aquisição de estratégias de *coping* utilizadas para gerir situações de alto risco de consumo, e aumentar a confiança no cliente na sua habilidade de permanecer sóbrio.

Lukasiewicz e Peres (2008), mencionam que as intervenções pretendem munir o cliente de novas atitudes para identificar, antecipar, evitar ou superar situações de risco específicas e aumentar a sensação de eficácia pessoal do cliente.

As principais técnicas cognitivo-comportamentais mobilizadas no tratamento de comportamentos aditivos são: 1) o treino de aptidões sociais, é uma forma de intervenção em situações de deficits ou dificuldades interpessoais com o propósito de desenvolver o repertório de habilidades sociais maximizando as relações positivas em situação de interacção social; 2) estratégias de resolução de problemas, que visam ajudar o cliente a desenvolver estratégias alternativas aos problemas ou situações de risco; 3) a reestruturação cognitiva que tem como objectivo evidenciar e corrigir os pensamentos e raciocínios irracionais, as interpretações cognitivas que não coincidem com a realidade e que perpetuam o comportamento problemático do cliente; 4) a gestão das emoções negativas, como por exemplo o treino do relaxamento no caso da gestão da ansiedade (Ferreira-Borges e Filho, 2007; Kiritzé-Topor e Bénard, 2007; Lukasiewicz e Peres 2008; Rahioui e Reynaud, 2008; Rangé e Marlatt, 2008; Loureiro, 2011).

Com efeito muitos estudos têm vindo a confirmar a efectividade da terapia cognitivo-comportamental no tratamento do alcoolismo, na gestão da depressão, na gestão da

ansiedade, no treino de aptidões intra e interpessoais, identificação de situações de alto risco, reestruturação cognitiva (Marlatt e Gordon, 1993; Ferreira-Borges e Filho, 2007; Rahioui e Reynaud, 2008; Litt, Kadden e Kabelá-Cormier, 2009), no treino da assertividade (Rangé e Marlatt, 2008) e no treino de relaxamento (Almeida e Araújo, 2005; Edwards *et al.*, 2005; Lukasiewicz e Peres, 2008; Moutinho e Gonçalves, 2010).

Edwards *et al.* (2005), referem que o ensino do relaxamento é um método alternativo para lidar com o desejo intenso de beber. Para Moutinho e Gonçalves (2010), na abordagem ao cliente com dependência alcoólica são utilizados diversos tratamentos e estratégias sendo de salientar a importância da diminuição da ansiedade nestes indivíduos assim como a necessidade de se encontrarem comportamentos alternativos aos consumos e por isso é reconhecida na utilização da técnica de relaxamento.

Marques e Formigoni (2001) num estudo em que compararam a terapia cognitivo-comportamental individual e em grupo, concluíram que as duas modalidades apresentaram resultados semelhantes. O formato de grupo pode apresentar uma melhor relação custo-benefício e pode ser utilizada sem diminuir a adesão e a efectividade do tratamento.

2.3.2 – Entrevista Motivacional

A entrevista motivacional é uma técnica terapêutica concebida para envolver um consumidor ambivalente ou resistente num processo de mudança (Rahioui e Reynaud, 2008). MILLER E ROLLNICK (2001), definem a entrevista motivacional como “um método directivo centrado no cliente, tendo como objectivo aumentar a sua motivação intrínseca para a mudança e ajudá-lo a analisar e a resolver a sua ambivalência”.

Para Ferreira-Borges e Filho (2007), a entrevista motivacional tem por base o modelo dos estadios de mudança ou Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska e DiClemente (1986), que permite perceber melhor a mudança nos clientes, ou seja, as etapas que são percorridas durante o processo de mudança de comportamento. Encontra-se dividido em cinco etapas distintas:

Pré-contemplação – o cliente não tem consciência do problema e não se encontra motivado para mudar o comportamento;

Contemplação – o cliente está inseguro e ambivalente em relação à mudança, não está certo de querer mudar o seu comportamento;

Preparação – o cliente está preparado para mudar o seu comportamento aditivo e tomou uma decisão que já foi planeada, começando a pensar na execução da sua implementação;

Acção – o cliente já mudou o seu comportamento;

Manutenção – o cliente consegue manter o comportamento de abstinência.

Efectivamente, nem todos os clientes estão preparados para modificar os seus comportamentos, razão pela qual há a necessidade de adaptar as intervenções ao estadio de mudança em que se encontram, uma vez que a mudança é um processo com várias fases e a motivação para mudar vai crescendo gradualmente. Assim sendo, as intervenções do técnico de saúde serão mais eficaz se identificar a fase em que se encontra o cliente e ajustar a sua intervenção às características da respectiva fase (Gomes, 2004; Ferreira-Borges e Filho, 2007; Rahioui e Reynaud, 2008).

Segundo Gomes (2004), existem seis princípios fundamentais nos quais a entrevista motivacional assenta:

1. Expressar empatia, significa transmitir respeito e interesse pelo cliente, escutar no sentido de perceber a perspectiva do cliente, sem juízos de valor ou críticas. A empatia e a compreensão geram confiança, facilitando a mudança do comportamento;
2. Identificar discrepâncias, ampliar as diferenças entre o comportamento presente e as metas, de forma a que a mudança se torne importante;
3. Gerir a resistência à mudança, envolver o cliente no processo de resolução de problemas;
4. Evitar confrontos directos, abordar directamente o comportamento pode provocar aumento da resistência, não impor perspectivas, os clientes são livres para decidir;
5. Promover a confiança e a capacidade do cliente, acreditar que o cliente é capaz de mudar;

6. Colocar perguntas abertas, uma pergunta aberta, colocada de forma genuína, sugere que o enfermeiro está aberto a qualquer resposta, fazer perguntas abertas leva o cliente a falar, a dar informações importantes. Reflectir e sintetizar, reflectir consiste em voz alta explorar o que está a ser comunicado e sintetizar consiste em reforçar os aspectos mais relevantes já analisados e liga-los entre si no sentido da mudança.

Rangé e Marlatt (2008), referem que a entrevista motivacional apresenta uma boa evidência no tratamento do alcoolismo.

A efectividade da entrevista motivacional aponta para a sua importância na adesão a regimes terapêuticos e à redução de comportamentos de risco. A relação custo benefício torna-a particularmente atraente em relação a outras intervenções terapêuticas existentes e pode ser apreendida e utilizada por todos os profissionais de saúde (Lundahl e Burke, 2009).

Rodrigues e colegas (2011), fizeram um estudo, através da revisão sistemática da literatura, para demonstrar a evidência da eficácia da entrevista motivacional na diminuição dos consumos abusivos de álcool. Concluíram que esta é eficaz e pode ser realizada por enfermeiros e representa um ganho em termos de saúde para o cliente e para a sociedade em geral.

3 – CONTEXTO DAS INTERVENÇÕES E PLANO DAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

O estágio decorreu em dois contextos, na Área Dia da Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA) e no Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures (NIC de Loures), ambos pertencentes ao Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

É imprescindível abordar os aspectos éticos pelos quais guiei a minha conduta em todo o processo.

3.1 – Questões Éticas

Ao longo deste percurso formativo de desenvolvimento de competências as questões éticas e deontológicas constituíram-se como um dos princípios orientadores fundamentais da prática clínica. Salvaguardando-se sempre todos os aspectos considerados como essenciais ao exercício profissional, pautado pela abordagem da pessoa como um ser humano com dignidade, direito à sua privacidade, integridade nas diversas dimensões quer seja física, psíquica, socio-cultural e espiritual, ao sigilo e ao consentimento informado. Em concordância com o código deontológico observei o dever de *“proteger e defender a pessoa humana nas práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”* (artigo 79º, alínea c), bem como o dever de *“abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores no âmbito da consciência e da filosofia de vida”* (artigo 81º, alínea e).

3.2 – Área Dia - UTRA

A Área Dia pertence à UTRA e funciona no espaço físico do pavilhão 19-A. O modelo terapêutico assenta nas intervenções baseadas nas técnicas cognitivo-comportamentais e da entrevista motivacional, que visam promover a manutenção da abstinência, a prevenção da recaída e a reabilitação psicossocial. Apresentam as seguintes actividades terapêuticas: atelier de sabores, psicodrama, escrita livre, jornal de parede, clube de emprego, actividades ocupacionais, técnicas de gestão de stress entre outras.

A equipa de saúde é constituída por uma enfermeira especialista em ESMP, dois médicos e duas psicólogas.

A Área Dia funciona com grupos abertos. O programa tem uma duração de doze semanas (três meses que pode ser alargado até 6 meses). Tem capacidade para doze clientes e funciona das 09 às 16 horas.

3.2.1 – Finalidade e objectivos

A finalidade do projecto foi desenvolver um PPR no cliente com dependência alcoólica. Foram delineados como objectivos específicos:

- Prevenir a recaída com base em técnicas da entrevista motivacional e da terapia cognitivo-comportamental;
- Promover a aprendizagem e prática de novos comportamentos substitutos para o comportamento de consumo;
- Capacitar o cliente para a utilização de estratégias adequadas na gestão de situações de risco.

3.2.2 – Processo e plano de trabalho

O PPR foi constituído por oito sessões (Anexo I - Cronograma) com a duração de hora e meia cada sessão. Teve início no dia 17 de Outubro de 2011 e terminou a 23 de Novembro. O grupo foi clientes adultos de ambos os sexos.

As Entrevista Individuais prolongaram-se até ao início da 1ª Sessão (17/10/2011) para poder integrar mais clientes. Inicialmente seria uma sessão por semana mas por motivos organizacionais, houve semanas (duas) que se realizaram duas sessões. Esta alteração foi importante porque permitiu fazer um encadeamento sequencial entre os temas abordados. Também foi necessário desdobrar uma das sessões em dois momentos distintos, dada a extensão do seu conteúdo. Estava projectado para um grupo fechado mas no contexto clínico verificou-se que a área dia funciona com grupos abertos, pelo que, acabaram por integrar todos os clientes, ou seja, à medida que iam comparecendo novos elementos acabavam por integrar as sessões.

Estabeleci que a aplicação dos instrumentos de avaliação na entrevista inicial e final seria realizada apenas aos clientes admitidos até ao dia 17 de Outubro de 2011. Podendo os outros participar no grupo, sem no entanto serem alvo desta monitorização. Em consenso com a equipa de saúde da Área Dia, decidi aplicar os seguintes critérios de exclusão dos clientes, no grupo do PPR: 1) analfabetos; 2) clientes com desorientação tempo-espacial; 3) estado confusional; 4) apresentar-se sob o efeito do álcool; 5) estar a terminar o programa da Área Dia.

Seguidamente descreve-se a Etapa 1 que consistiu numa avaliação diagnóstica, onde foram aplicados os instrumentos designado por *momento 1 (m1)*, a Etapa 2 descreve as sessões do PPR e por fim a Etapa 3 que apresentará a monitorização e os indicadores de resultado através dos instrumentos aplicados, designado por *momento 2 (m2)*.

3.2.2.1 – Etapa 1 – Avaliação Diagnóstica

a) Avaliação Inicial, etapa também designada à frente por *m1*.

Ocorreu, antes do início das sessões sob a forma de uma entrevista individual, com os seguintes objectivos:

- Facilitar o acolhimento e apresentação pessoal;
- Apresentação do PPR e horários de funcionamento;
- Motivar o cliente para o PPR;
- Recolher o consentimento informado dos clientes (Apêndice I);
- Aplicação de instrumentos de avaliação. Os instrumentos aplicados encontram-se designados à frente por instrumentos *m1*.

Instrumentos *m1*

Como instrumentos de avaliação no *m1* foram aplicados os seguintes instrumentos: o questionário inicial (Apêndice II), que faz a caracterização sociodemográfica, identifica os consumos, os stressores e as expectativas futuras; o STAI (forma Y-1 e Y-2); o AUDIT; o SCO; o SOCRATES; o EMCA e o BDI – II.

Não estavam inicialmente previstos no projecto, com excepção do STAI, no entanto, e como estavam a ser aplicadas ao cliente no âmbito de um estudo a decorrer na Área Dia, considerei pertinente utilizá-las.

STAI – O Inventário de Ansiedade Estado-Traço (Stait-Trait Anxiety Inventory) foi adaptada e aferida para a população portuguesa por Danilo Silva, em 1999. Desenvolvido inicialmente por Cattell e Scheir (1961) e posteriormente por Spielberger (1970). Consiste num questionário de auto-avaliação que permite avaliar a Ansiedade

Estado (como a pessoa se sente naquele preciso momento), e a Ansiedade Traço (como a pessoa se sente geralmente). Cada escala contém 20 afirmações, através de uma escala tipo Lickert de 4 pontos. Alguns dos itens estão pontuados de forma inversa². O total de cada escala varia entre 20 no mínimo e 80 pontos no máximo, correspondendo os valores mais altos a níveis de ansiedade mais elevados. Quando ambas as escalas se administram conjuntamente, a Ansiedade Estado é aplicada primeiro, de forma a que os sentimentos suscitados pela segunda não interfiram na Ansiedade Estado (Anexo II).

AUDIT – The Alcohol Use Disorder Identification Test. Foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) com o objectivo de identificar os consumidores de risco avaliando o consumo, sintomas de dependência e as consequências pessoais e sociais dos consumos nos últimos doze meses. É composto por dez questões que incluem três itens sobre o uso de álcool, quatro sobre a dependência e três sobre problemas decorrentes do consumo. O tempo de preenchimento é de aproximadamente 5 minutos. Os scores cotados variam entre o zero e os quarenta. O score 0 corresponde a indivíduos abstinentes; o score de 1 a 7 caracteriza os consumidores de baixo risco ou moderado; o score 8 a 15 corresponde a consumidores de risco; o score de 16 a 19 indica consumo nocivo e o score de 20 a 40 corresponde à dependência (Anexo III).

SCO – Questionário do Sentido de Coerência (Antonovsky, 1987). Adaptada para a população portuguesa por Geada em 1990, revelando excelentes propriedades psicométricas (GEADA, 1990, 1994). É constituído por 29 itens, e mede o sentido interno de coerência, ou seja, define a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara: (1) estímulos emanados do meio interno ou externo de uma existência como estruturados, preditíveis e explicáveis designado por capacidade de compreensão - comprehensibility; (2) que o indivíduo tem ao seu alcance recursos pessoais e ou sociais para satisfazer/resolver as exigências colocadas por esses estímulos, designada por capacidade de gestão - manageability; e (3) que essas exigências são desafios, capazes de catalisar o investimento e o

² Relativamente à STAI-Estado, os itens invertidos são os correspondentes às afirmações 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20 (Carla Rocha, 2005; Carolita Vasconcelos, 2007; Thaís Maluf, 2002). Na STAI-Traço os itens invertidos são: 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 e 39.

empenho do indivíduo (grau em que o indivíduo consegue apreciar ou discriminar a importância ou impacto dos acontecimentos da vida), designado por capacidade de investimento - *meaningfulness* (Antonovsky, 1987).

A pontuação de cada uma das sub-escalas obtém-se somando as pontuações numa escala tipo likert de 7 pontos, sendo alguns itens a inverter³. O valor SCO é o resultado da somas de todos os itens, sendo que quanto mais elevado o valor, maior o sentido de coerência (Anexo IV).

SOCRATES – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (versão 8, Miller e Tonigan, 1996)⁴. Esta escala permite identificar o estado motivacional para a mudança em que o indivíduo adicto ao álcool se encontra. É composta por 19 itens, organizados em 3 dimensões: 7 itens relacionam-se com o *Reconhecimento* (1, 3, 7, 10, 12, 15 e 17 – o score possível de 7-35); 4 itens com a *Ambivalência* (2, 6, 11 e 16 – o score possível de 4-20); 8 itens com a *Ação* (4, 5, 8, 9, 13, 14, 18 e 19 – o score possível de 8-40). Trata-se de uma escala de Likert de 5 pontos, o que permite ao indivíduo avaliar como se sente acerca do consumo de álcool, escolhendo uma das seguintes possibilidades: *Discordo Muito* (1), *Discordo* (2), *Indeciso* (3), *Concordo* (4) e *Concordo Muito* (5) (Anexo V).

EMCA – Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. No estudo de validação, Serecigni *et al.* (2004), referem ter boas propriedades psicométricas. A escala é constituída por dois factores: o desejo de beber e a desinibição comportamental (falta de resistência). É avaliada da seguinte forma: em clientes abstinentes o *desejo de beber* é leve (score <11), moderado (score 11-15) e intenso (score > 15); a *desinibição comportamental* é leve (score <3), moderada (score 3) e intensa (score > 3); no total (avaliação conjunta dos dois factores) é leve (score <13), moderada (score 13-20) e intensa (score > 20) (Anexo VI).

BDI – II – Inventário de Depressão de Beck. A sua primeira versão foi desenvolvida por Beck *et al.* em 1961. Posteriormente modificado e melhorado surgindo a versão BDI-II

³ Itens a inverter: 1,4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25, 27.

⁴ Ainda não foram feitos estudos psicométricos de validade e precisão da escala em Portugal. Contudo, foi adaptada para português no Brasil, na Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD), Departamento de Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo (Figlie et al, 2004), e na análise psicométrica confirmaram consistência interna.

publicada em 1996 (utilizada no estágio). É um instrumento de auto- preenchimento e um dos mais utilizados para medir a gravidade da depressão. Contém 21 itens com possibilidade de cotar um score máximo de 63. Cada resposta vai de uma escala de 0 a 3. Os valores de corte: 0-13 (depressão mínima); 14-19 (depressão leve); 20-28 (depressão moderada); 29-63 (depressão grave). Adaptado para língua portuguesa na versão do Brasil por Gorestein e Andrade (1998) (Anexo VII).

b) Caracterização das necessidades de saúde dos clientes

Os clientes inicialmente identificados para integrarem o PPR foram sete, tendo concluído quatro. Três abandonaram, destes um frequentou a 1ª sessão, outro frequentou até à 2ª sessão e o terceiro até à 4ª sessão. O motivo de abandono foi: dois clientes deixaram de frequentar a Área Dia e um foi trabalhar para o estrangeiro.

Seguidamente, apresenta-se a caracterização dos clientes alvo de cuidados na tabela 1, e as necessidades em saúde identificadas com base na entrevista, no AUDIT e no questionário inicial.

Tabela 1 – Caracterização dos clientes participantes no PPR

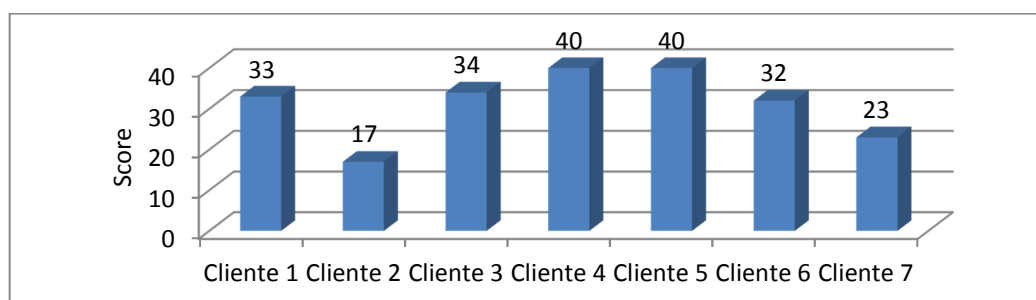
	Cliente 1	Cliente 2	Cliente 3	Cliente 4	Cliente 5	Cliente 6	Cliente 7
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino
Idade	35	42	46	46	48	53	47
Escolaridade	2º Ciclo	2º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	1º Ciclo	2º Ciclo	2º Ciclo
Estado civil	Solteiro	Solteiro	Divorciado	Casado	Solteiro	Solteiro	Casado
Nacionalidade	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Portuguesa	Caboverdiana	Portuguesa
Situação laboral	Desempregado	Empregado	Empregado	Desempregado	Desempregado	Desempregado	Reformado
Área de residência	Chamusca	Mafra	Loures	Loures	Odivelas	Lisboa	Almada
Idade do início dos consumos	14	17/18	6	33	-	21	-
Consumo em	17/18	25	20	39	-	30	-

excesso							
Tempo de Abstinência	2 Meses	6 Semanas	2 Meses	4 Meses	2 Meses e meio	4 Semanas	4 Semanas
Frequência da Área Dia	2 Meses	4 Semanas	10 Dias	3 Meses	2 Meses	2 Semanas	3 Semanas

Verifica-se que todos os clientes, à excepção de um, apresentam uma idade superior aos 40 anos. A maioria tinha como escolaridade o 2º ciclo. Dos participantes só um é mulher. Quatro clientes encontram-se desempregados, um reformado e dois empregados. Encontram-se todos abstinentes.

No gráfico 1 apresenta-se os scores obtidos pela aplicação do AUDIT aos participantes do PPR. Verifica-se que todos se encontram em dependência (valores superiores a 20), à excepção do cliente 2, que apresenta um score de 17 que equivale ao consumo nocivo.

Gráfico 1 – Distribuição dos scores AUDIT nos clientes, no m1



Quando realizada a entrevista inicial, a maioria dos clientes aceitava-se como dependente de álcool, encontravam-se segundo o modelo transteórico de Prochaska e Diclemente (1986) no estadio da acção, à excepção de um cliente, que se encontrava no estadio da contemplação, pela manifestação da sua ambivalência.

Ao analisar os questionários iniciais, seis clientes referiram iniciar os consumos pela manhã, à excepção de um. Em relação ao tipo de bebida, Cinco (5) clientes referiram consumir vinho, (4) cerveja, (3) vinho do porto, (3) whisky e (2) aguardente. Como principais acontecimentos que marcaram o percurso de vida, três (3) clientes referiram os conflitos familiares e amorosos, (2) a morte de familiares, (2) os laborais, (1) a

infância e adolescência e (1) os sociais. E se *Em algum destes acontecimentos consumiu bebidas alcoólicas*, cinco clientes responderam afirmativamente. Os *factores actuais de stress*, para cinco (5) clientes são a situação laboral, (3) os problemas familiares e amorosos, (1) a situação actual do país e (1) os sociais. Como *factores que precipitam o uso de álcool* quatro (4) clientes referiram os problemas familiares e amorosos, (3) as relações sociais, (2) os laborais, (1) a solidão, a tristeza e o excesso de confiança. Nomeiam como estratégias pessoais para não consumir: evitar pensar na bebida; não fugir aos problemas; consumir bebidas sem álcool; procurar trabalho; gestão da ansiedade através da ocupação dos tempos livres e criar momentos de lazer como praticar desporto, fazer compras, ver televisão, dar um passeio e conversar com uma pessoa amiga.

Como *expectativas futuras* seis (6) clientes referem querer manter a abstinência, (4) melhorar a nível laboral, (3) melhorar as relações familiares e emocionais e (1) melhorar a nível económico.

3.2.2.2 – Etapa 2 – Plano de Prevenção da Recaída de cada sessão

No desenvolvimento do PPR, como já referido, baseou-se em critérios como: combinar técnicas cognitivo-comportamentais com mudanças no estilo de vida; facilitar a motivação e estratégias de *coping* para mudanças contínuas na vida; substituir padrões comuns por outras estratégias e ensinar novas formas de resolução de problemas (Rangé e Marlatt, 2008).

A estrutura das sessões é a seguinte: 1) Introdução/apresentação dos objectivos para a respectiva sessão; 2) Dinâmicas de grupo; 3) Avaliação da sessão. Realizada pelo cliente quanto à importância desta para o mesmo, e realizada por mim através da elaboração de uma grelha para cada sessão.

Em cada sessão são desenvolvidas actividades com base em dinâmicas de grupo, recorrendo a exercícios de quebra-gelo, jogos lúdicos, pedagógicos, técnicas de *role-play*, com recurso a mediadores de relação como expressão plástica, música, a foto linguagem, a escrita, etc., abaixo apresenta-se as 8 sessões constituintes do PPR.

Primeira Sessão: “*O alcoolismo*”. Na primeira sessão apresentaram-se os objectivos, procedimentos e normas que guiaram a intervenção. Cada membro apresentou-se e fez uma breve descrição do seu problema, cujo objectivo foi proporcionar um quebra-gelo, deixar o grupo confortável, interagindo entre si. Foi realizado um exercício “O Riso” e seguidamente a visualização de um documentário “Os Adolescentes e o Álcool” com o objectivo de identificar o alcoolismo como uma doença. É um documentário que aborda o consumo abusivo e dependente do álcool, os problemas familiares, na via pública, físicos e legais (Apêndice III).

Segunda Sessão: “*A balança decisional*”. O objectivo foi identificar vantagens e desvantagens referentes ao consumo de álcool. Utilizou-se uma matriz de vantagens e desvantagens referentes ao comportamento de consumo para tornar mais explícito os benefícios de não beber comparados aos de beber, baseado na experiência prévia de cada cliente com a bebida. Para tal foi construída uma balança com diversos materiais, em que num lado foram colocadas as vantagens e do outro as desvantagens do consumo. No final, verificou-se qual o lado mais importante para o cliente (aquele que pesava mais para este) (Apêndice IV).

Terceira Sessão: “*Problemas e soluções*”. Com o objectivo de identificar estratégias de resolução de problemas, reconhecendo que os problemas de facto existem, mas que podem ser resolvidos. Os problemas identificados na segunda sessão foram o ponto de partida para a terceira sessão (Apêndice V).

Quarta Sessão: “*O álcool e eu*”. A quarta sessão foi usada para o treino de aptidões sociais, com o objectivo de desenvolver habilidades de comunicação com base na consideração de que o diálogo é o primeiro passo no estabelecimento de relações interpessoais. Fez-se o exercício “A mensagem”. Leu-se um texto que abordava a vivência de um indivíduo com problemas de consumo de álcool. Seguidamente os clientes relataram os padrões do seu consumo e foi avaliada (através de um site na internet) a taxa de alcoolémia num episódio de consumo pesado. Favoreceu a consciencialização e identificação de possíveis experiências em comum proporcionando uma identificação e espelhamento com o outro (Apêndice VI).

Quinta Sessão: “*A comunicação*”. Esta sessão teve o objectivo de treinar a comunicação assertiva. Estas habilidades pretendem que o cliente aprenda a expressar os próprios sentimentos de forma directa, honesta e apropriada, falar de forma clara, firme e decidida, usando contacto visual e usar enunciados na primeira pessoa (“Eu” não gosto quando tu gritas comigo. “Eu” prefiro que fales num tom...). Utilizou-se um exercício em que os membros do grupo aprenderam a dizer “não” e utilizou-se a técnica de role-play (Apêndice VII).

Sexta Sessão: “*O relaxamento*”. A sexta sessão teve como objectivo fornecer estratégias alternativas para gestão de ansiedade. Inicialmente foram feitos exercícios de aquecimento e de movimento. Seguido da técnica de relaxamento (adaptação da técnica de relaxamento progressivo de Jacobson). Visto que muitos consumidores usam o álcool como um tipo de automedicação para relaxar e controlar tensões, o stress e ansiedade. É importante aprender a estar consciente das tensões corporais e aprender a relaxar (Apêndice VIII).

Sétima Sessão: “*Os falsos conceitos*”. A sétima sessão teve como objectivo desmistificar falsas crenças sobre o álcool. Foram abordados os falsos conceitos através de uma história concebida. Inicialmente realizou-se um exercício intitulado “Fotografia” (técnica da foto linguagem), de forma a promover a partilha e a interacção entre o grupo usando várias fotografias (Apêndice IX).

Oitava Sessão: “*O passeio*”. O objectivo foi criar um momento de descontração ao ar livre através da realização de um passeio pelo recinto hospitalar (promoção de estilos de vida saudável) e promover ao mesmo tempo a partilha entre o grupo. O aumento de actividades agradáveis vai incentivar a importância da quantidade de tempo dedicado ao lazer e às actividades prazerosas. É uma forma de evitar pensamentos negativos (Apêndice X).

- a) Intervenções de enfermagem especializadas no âmbito do modelo de cuidados da Área Dia

As intervenções que integraram o PPR, também são desenvolvidas no programa da Área Dia. Contudo a Área proporcionou a participação e desenvolvimento de outras actividades como co-terapeuta que possibilitaram o desenvolvimento de competências a nível pessoal, profissional e psicoterapêutico. Destaco, o atelier de sabores que tem como objectivo criar bebidas sem álcool e proporcionar um momento de socialização. É uma das estratégias de beber sem álcool originando bebidas agradáveis à vista e ao paladar. Algumas bebidas confeccionadas foram a sangria, a caipirinha, o cacau com café entre outras, todas sem álcool.

Outra intervenção foi o Jornal de Parede. Os clientes redigem sobre várias temáticas, uma das quais foi sobre o “Regime Terapêutico”, nesta actividade abordaram os problemas relacionados e sentidos no seu dia-a-dia e criaram possíveis soluções; outro tema foi a “Honestidade” (proposto por uma cliente), cada elemento reflectiu e escreveu sobre a temática. Na discussão uma das conclusões foi a importância da honestidade para consigo próprio e para com os outros na recuperação.

Particpei também, como co-terapeuta no grupo de prevenção de recaídas, liderado pelo director clínico. É um encontro semanal (à terça-feira) constituído por três grupos. O 1.º às 8 horas e 30 minutos, o 2.º às 10 horas e o 3.º às 11 horas e 30 minutos. Tem como objectivos trabalhar a motivação, a reaprendizagem psicossocial e comportamental, a mentalização e manutenção da abstinência e proporcionar ao cliente um conhecimento mais aprofundado sobre si mesmo.

Nas duas primeiras semanas de estágio, fez-se uma avaliação diagnóstica de conflitos que emergiam no grupo, pelo que foi necessário realizar intervenções para gestão dos conflitos. Realizaram-se duas sessões intituladas “O novelo” e “Profissões” (Apêndice XI) com o objectivo de promover a coesão e interacção no grupo. As quais tiveram um impacto positivo no grupo. Benner (2001) refere a importância dos enfermeiros especialistas em matéria de diagnóstico, a sua capacidade de percepção e reconhecimento é o elemento fulcral.

Particpei como co-terapeuta na intervenção destinada a trabalhar a problemática do alcoolismo através de uma peça de fantoches designada por “A formiga e a cigarra”, com o objectivo de promover momentos de partilha, de interacção e de facilitar a comunicação entre o grupo, abordando ao mesmo tempo os diversos problemas derivados ao álcool. Escreveu-se a história, construiu-se os personagens e cenários. A peça foi apresentada na festa de Natal da Área Dia.

3.2.2.3 – Etapa 3 – Monitorização de indicadores de resultado de saúde e satisfação dos clientes

A monitorização dos indicadores de resultados em saúde e satisfação foi efectuada de forma individual após o término do PPR. Avaliou-se a intervenção através da aplicação dos instrumentos, designado por *momento 2 (m2)*, e um questionário final sobre a percepção dos clientes relativamente ao PPR (Apêndice XII).

Os instrumentos utilizados no *m2* foram os seguintes: o STAI (forma Y-2); o EMCA; o SOCRATES; o SCO e o BDI – II.

No processo de monitorização das sessões, engloba todos os clientes que integraram as sessões (e não apenas os quatro clientes que iniciaram e finalizaram o PPR). O cliente, no final de cada sessão, fez uma avaliação através de uma escala de 5 pontos em que o 1 correspondia a *Nada Importante* e o 5 a *Muito Importante* (anexo de qualquer sessão). No final de cada sessão, preenchi uma grelha de avaliação com base nos indicadores da Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, 2010), em que anotei a dificuldade com que o cliente realizou as intervenções – anexo de qualquer sessão).

a) Resultados e ganhos em saúde

No questionário aplicado no final, os clientes responderam que a intervenção foi de encontro aos seus objectivos, que verificaram algumas mudanças na sua vida, têm mais consciência do alcoolismo como uma doença, que aprenderam e desenvolveram estratégias que podem ajudar na prevenção da recaída e todos referiram não ter recaído ao longo do PPR.

Os clientes referiram também, que as principais mudanças ocorreram sobretudo ao nível da auto-estima, do bem-estar pessoal e ao nível laboral.

Mencionaram que os conteúdos das sessões, trabalhadas ao longo do plano, contribuíram na prevenção da recaída. Só um cliente referiu não ser capaz de executar técnicas de relaxamento. Todos referiram ser capazes de comunicar de forma mais assertiva, estar mais elucidado sobre as vantagens e desvantagens de consumir álcool, reconhecer os falsos conceitos, estar atento aos sentimentos que podem levar à recaída, mobilizar estratégias de resolução de problemas e sentem-se mais conscientes da necessidade de mudança no estilo de vida.

Apresenta-se a comparação dos resultados com base nos instrumentos usados no *m1* e *m2*, apenas nos quatro clientes que iniciaram e terminaram o PPR.

A tabela 2 apresenta as médias no *m1* e *m2* do STAI (Estado), do SCO, do SOCRATES, do EMCA e do BDI-II.

Tabela 2 – Distribuição dos resultados, em média, obtidos nos *m1* e *m2*

	Média (<i>m1</i>) n=4			Média (<i>m2</i>) n=4		
STAI (Estado)	39,3			25,3		
SCO	124,8			143,5		
SOCRATES	Reconhecimento	Ambivalência	Acção	Reconhecimento	Ambivalência	Acção
	29,5	16,3	32,8	34,3	18,8	39,3
EMCA	Desejo	Desinibição comportamental	Total	Desejo	Desinibição comportamental	Total
	14,3	4,5	18,8	12,8	2,8	15,5
BDI - II	10,3			6,5		

No STAI, a avaliação da ansiedade *Traço* (que avalia como o cliente se sente geralmente) foi apenas avaliada no *m1* na entrevista individual inicial, apresentando os clientes uma média de 40,5 (o score desta escala vai de 20 a 80 e quanto maior é o valor maior é o nível de ansiedade, como já foi referido anteriormente). Na dimensão ansiedade *Estado* verifica-se uma média de 39,3 no *m1* e um valor mais baixo (25,3) no *m2*. Ou seja, as médias diminuíram de 39 no *m1* para 25 no *m2*.

Da análise da tabela 2, verifica-se que os resultados obtidos na SCO, os valores no *m2* são mais elevados que em *m1*. Mostra um sentido de coerência mais elevado nos

clientes em *m2*, indica uma maior probabilidade de *coping* bem-sucedido face a agentes ou acontecimentos de vida stressantes, revelando serem menos atingidos comportamental/emotivamente, psicológica e psicossomaticamente pelos efeitos dos stressores aos quais estão sujeitos.

Relativamente aos resultados obtidos pelo SOCRATES na tabela 2, constatamos que a média no *m2*, em relação à dimensão *reconhecimento*, *ambivalência* e *acção* é mais elevada que em *m1*. Este resultado indica que os clientes reconhecem que têm problemas relacionados com a bebida e expressam um desejo de mudança, percebem que se não acontecer esta mudança os malefícios devido ao consumo vão continuar. O valor elevado na *ambivalência* demonstra alguma reflexão e uma abertura à mudança. Os valores elevados na *acção* indicam que os clientes estão a fazer uma mudança positiva no seu beber (ex.: frequentar Área Dia; integrar PPR; mudanças na sua vida em relação aos consumos) com algum sucesso. Pode ainda significar que a mudança está em curso, e essa dinâmica é preditiva de uma mudança bem-sucedida.

Os resultados do EMCA foram tratados num programa disponível através de um *site*⁵. A tabela 2, mostra que os valores médios observados no EMCA diminuem no *m2* em relação ao *m1* diminuindo de 18,8 para 15,5. No *m2*, o *desejo* de beber é moderado (12,8) e a *desinibição comportamental* é leve (2,8), ambos diminuíram, verificando-se que esta diminuição foi ligeiramente mais acentuada na dimensão *desinibição comportamental*, tendo o resultado reduzido de 4,5 para 2,8.

De acordo com a tabela 2, os valores médios da depressão (BDI – II) no *m2* diminuiu em relação ao *m1*. Todos os clientes se encontram em valores de depressão mínima no *m2*, ou seja, apresentam valores médios inferiores a 13.

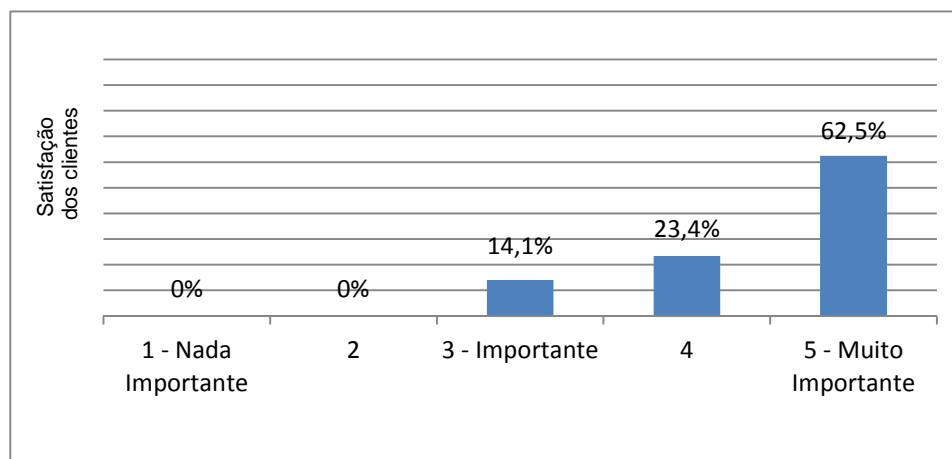
Verifica-se que todas as variáveis demonstram um melhor estado de saúde dos clientes, relativamente ao momento de avaliação que precedeu as intervenções, o que nos indica a presença de impacto com incremento na saúde dos mesmos.

Processo de Monitorização das sessões

⁵ [Http://www.telefonica.net/web2/acvar/pdf/EMCA.pdf](http://www.telefonica.net/web2/acvar/pdf/EMCA.pdf), no dia 11/12/2011 às 19 horas e 30 minutos.

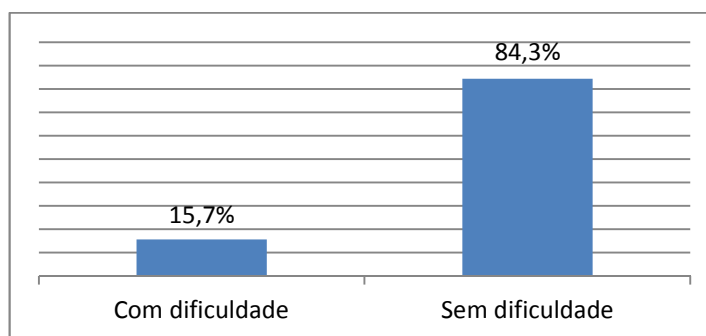
Como já foi referido anteriormente, no final de cada sessão, o cliente procedeu a uma avaliação quanto à importância desta para o mesmo. O gráfico 2 mostra a satisfação do cliente no final das oito sessões. Verifica-se que 62,5% consideraram *Muito Importante* as sessões.

Gráfico 2 – Satisfação dos clientes por nível de importância, das sessões



O gráfico 3, apresenta a dificuldade que os clientes demonstraram na realização das sessões. Constata-se, que a maioria dos clientes realizou as sessões sem dificuldade. Isto é, 84,3% dos clientes atingiram os objectivos estipulados para as sessões sem dificuldade, apenas 15,7% realizou com dificuldade.

Gráfico 3 – Distribuição da dificuldade, do cliente, na realização das sessões



Reflexões e resultados ao longo das sessões:

“O Alcoolismo” – No quebra-gelo “O Riso” os clientes tiveram dificuldade em interagir uns com os outros, apresentaram dificuldade em olhar directamente nos olhos e sorrir, desviavam o olhar ou tentavam mesmo evitar o contacto directo, também não se sentiram cómodos com o sorriso. Provavelmente deveria ter feito este exercício numa sessão posterior, quando o grupo já estivesse mais coeso e com um grau de confiança superior. Visualizou-se o documentário “Os Adolescentes e o Álcool”, após a visualização, na discussão, senti, por vezes, que perdi o controlo do grupo. As questões em aberto dispersaram alguns clientes que abordaram temas que não eram o desejado. Com alguma dificuldade, consegui focalizar o grupo no pretendido. Senti que deveria ter sido mais directivo, e por exemplo, ter escrito, num quadro os tópicos a debater, talvez esta estratégia ajudasse a não dispersar no assunto.

Na partilha final, foi pedido a cada cliente que descrevesse como se sentia naquele momento e surgiram comentários como: *“ainda bem que abri os olhos a tempo”*; *“esclarecido em algumas dúvidas”*; *“ainda bem que reconheço que tenho uma doença de alcoolismo”*; *“este filme é um espelho meu, no consumo de álcool”*; *“estou a recuperar bem da doença que tenho (alcoolismo)”*; *“estou a recuperar/sinto-me bem”*; *“o álcool é uma droga”* e *“o álcool é uma sanguessuga/lapa”*. Estas expressões demonstraram-me que tinha atingido os objectivos a que me tinha proposto, de aumentar o *insight* dos clientes sobre o alcoolismo, o que me deixou satisfeito.

“A balança decisional” – Ao longo da sessão, todos os elementos estiveram envolvidos (o que me trouxe um bem-estar). As estratégias de planeamento usadas, permitiu que os clientes não se dispersassem no assunto, indo de encontro aquilo que se pretendia. Como resultado destas estratégias na discussão foram ponderados os PLA, os clientes referiram: *a tentativa de suicídio; os problemas de saúde; os conflitos familiares; os problemas laborais; os problemas económicos; o isolamento; a solidão; a violência psicológica/verbal e a baixa auto-estima.*

Nos motivos para não consumir, surgiu: *o amor-próprio; melhorar a componente social; “conhecer-me a mim próprio sem álcool”; ter atitude; ser participativo; recuperar o trabalho/saúde/família e aumentar a auto-estima.*

“Problemas e soluções” – Ao monitorizar a sessão, senti, que apesar da limitação de alguns clientes, genericamente estiveram muito empenhados, não se dispersaram, estiveram todos muito atentos, concentrados e participativos. Inclusivamente no fim da sessão permaneceram sentados, expectantes e motivados para mais tempo de discussão caso fosse necessário. Foi como se não tivessem dado pelo tempo passar, não havia pressa, senti o grupo motivado e senti-me bem por isso, tinha ido de encontro ao cliente! Para Chalifour (2008), cada interveniente vai construir, a partir da sua formação e experiências profissionais, o seu modo singular de estar em relação com os clientes e as intervenções são directamente influenciadas pela personalidade, conhecimentos e habilidades profissionais. Senti aquele momento como uma consolidação e fortalecimento da relação com o grupo.

As estratégias de resolução de problemas que emergiram do grupo foram: *estar atento aos sentimentos; conversar com um amigo; ir às consultas/frequentar grupos de apoio; ser sincero consigo próprio e com os outros; consumir bebidas sem álcool; participar nas tarefas de casa; ser bom para si próprio e para os outros; lembrar que o alcoolismo é uma doença/aceitar que tem um problema; ocupar os tempos livres (dar um passeio, praticar exercício físico, ir ao cinema); mudar rotinas; procurar trabalho; evitar a primeira bebida e cuidar da auto imagem.*

“O álcool e eu” – Esta sessão destinou-se a trabalhar a comunicação através do exercício “a mensagem” o que proporcionou uma progressiva coesão no grupo e todos os elementos participaram empenhando-se na compreensão da mensagem. Houve interajuda e momentos de descontração através da construção de um adequado ambiente relacional, Chalifour (2008) refere que o profissional deve criar as condições que facilitem as trocas relacionais. Facilitou a interacção entre os clientes que mostraram empenho e esforço no exercício de escuta e transmissão da mensagem de forma correcta. Considero que os objectivos para esta sessão foram atingidos, pois os clientes partilharam aspectos positivos da sua vida (respeitantes à família, trabalho e lazer) o que me permitiu incentivá-los e reforçar os aspectos positivos.

Uma das actividades desta sessão foi avaliar a taxa de alcoolémia (num episódio de grande consumo) através de um simulador na internet, os clientes ficaram surpreendidos com os resultados elevados. Durante os momentos de partilha sobre os padrões de consumo, houve períodos de grande silêncio e constrangimento, os clientes

ouviram-se uns aos outros com uma atenção redobrada, apresentavam um semblante carregado. Expressaram que falar sobre os consumos é um assunto que lhes trás sofrimento, uma vez que os confronta com aspectos da sua vida que “preferiam esquecer”. Nomeadamente, um cliente partilhou o quanto lhe custava falar porque num momento de grande consumo sofreu um “apagão” e o filho presenciou o seu episódio, deixando-o muito abalado posteriormente. Contudo, os clientes referiram que é importante abordar o tema porque os ajuda a tomar consciência de não querer voltar a passar pelas mesmas situações, sendo este um dos motivos pelo qual ali se encontram. Esta sessão contribuiu particularmente para desenvolver competências do enfermeiro especialista nomeadamente no que respeita prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico ao utilizar técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que aumentam o “*insight*” do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema.

“A comunicação” – Ao longo desta sessão foi trabalhada a confiança mediada por exercícios de confiança e dinâmicas de grupo. Um cliente, apesar de ter realizado o exercício, mostrou alguma dificuldade em confiar no outro, percebi através da postura corporal em deixar-se conduzir pelo seu par (caminhava com passos muito pequenos e as costas inclinadas para trás). Este cliente exigiu da minha parte atenção particular. No momento de partilha, no final da sessão, todos os elementos referiram ter tido confiança no outro, com excepção do cliente que já referi, confirmando a minha observação prévia. Esta dinâmica proporcionou também um momento de descontração, de bem-estar, prazer e humor. Na quarta competência, definida no regulamento do enfermeiro especialista em ESMP, menciona “utiliza técnicas psicoterapêuticas e socioterapêuticas que permitam ao cliente libertar tensões emocionais e vivenciar experiências gratificantes” (OE, 2010).

Quando se realizou o exercício intitulado “Não” era necessário o contacto visual. Comparado com o exercício “O Riso” realizado na primeira sessão “o alcoolismo” (em que havia também um exercício com contacto visual e tiveram dificuldade em executar), constatou-se que os clientes conseguiram manter maior intimidade e contacto visual, o grupo tinha aumentado o grau de confiança e de coesão. Tal como refere Benner (2001), o profissional recorre de forma intencional e consciente à recolha sistemática e observação fina de sinais subtis, e à leitura, análise e interpretação

desses dados, com base no seu elevado conhecimento teórico e no conhecimento global e profundo que detém do seu cliente e das suas dificuldades.

Constatei que no role-play, no treino da comunicação assertiva, apesar de ter levado situações pré-definidas, a dinâmica funcionou melhor e mais espontaneamente quando se mobilizou as situações vividas e experienciadas pelos próprios clientes. A situação de um cliente teve grande impacto por se basear no conflito que o cliente tinha com o filho, o que despoletou uma expressão de sentimentos vivenciados muito positiva. Este impacto positivo foi posteriormente expressado no âmbito das actividades terapêuticas da Área Dia, o cliente deu *feedback* ao grupo de técnicos e clientes, da importância das suas aquisições relativamente à comunicação de forma mais assertiva com o filho. Senti uma enorme satisfação e progressiva competência profissional.

“O relaxamento” – Foi dedicada à mobilização de estratégias de gestão da ansiedade com recurso ao relaxamento. Para esta sessão foram desenvolvidas duas escalas de 5 pontos, com base na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, 2010) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC, 2010) em que uma avaliou o nível de ansiedade no momento e outra o nível de relaxamento, também no momento (anexo da 6ª sessão). O ponto 1 é *Nada Ansioso/Nada Relaxado* e o 5 *Muito Ansioso/Muito Relaxado*. Foi aplicado a todos os clientes antes e depois do relaxamento, que designei respectivamente por *momento A* e *momento B*. O score mínimo desta escala (tanto na ansiedade como no relaxamento) é 10 e o máximo de 50, ou seja, como participaram 10 clientes e se todos respondessem o ponto 1 (*Nada Ansioso/Nada Relaxado*) logo o valor mínimo é 10 (10 vezes 1), caso respondessem o ponto 5 (*Muito Ansioso/Muito Relaxado*) o valor máximo é 50 (10 vezes 5).

A experiência de relaxamento, trás sensações agradáveis e ausência de pensamentos geradores de stresse ou perturbadores. Payne (2003) citando Ryman (1995), define o relaxamento como "um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo".

Percebi que o espaço físico, sem as devidas condições, foi um factor que perturbou o exercício de relaxamento. Nomeadamente o abrir e fechar portas, a passagem de clientes para aceder às consultas. Como a Área Dia funciona num ginásio, é um espaço amplo, sem isolamento, permite que o som se propague muito facilmente pelo ginásio. O ruído de fundo foi o principal obstáculo, apesar das medidas previamente

tomadas para evitar essa situação. Há consultas todos os dias quer sejam médicas quer sejam de psicologia, ou seja se optasse por fazer o relaxamento em outro dia ou outra hora o problema mantinha-se. Constatei que o ruído de fundo acabou por interferir na qualidade do relaxamento tanto no meu procedimento como no processo de relaxamento dos clientes. A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC, 2010), refere que o ambiente deve ser calmo, sossegado, ameno e livre de distúrbios. Observei também, que os clientes que foram integrando o grupo tiveram mais dificuldade no treino de relaxamento daí a importância de várias sessões para treinar a relaxar, é necessário tempo até o cliente conseguir relaxar. A gestão da ansiedade é uma das actividades semanais da Área Dia, que me permitiu por em prática e desenvolver nomeadamente a técnica adaptada do relaxamento progressivo de Jacobson.

Considero que estas técnicas são contributos terapêuticos muito positivos na gestão da ansiedade, tal como demonstram os resultados nos gráficos 4 e 5. Da análise do gráfico 4 verifica-se que os níveis de ansiedade diminuíram no *momento B*. No gráfico 5, o nível de relaxamento aumentou ligeiramente no *momento B* em relação ao *A*.

Gráfico 4 - Distribuição do nível de ansiedade, dos clientes, antes e após o exercício de relaxamento

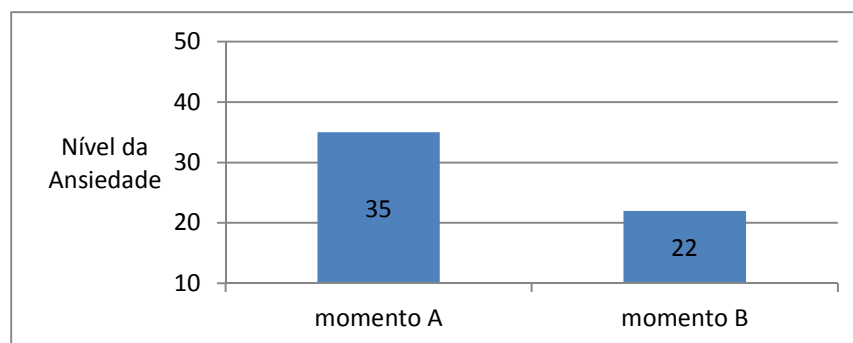
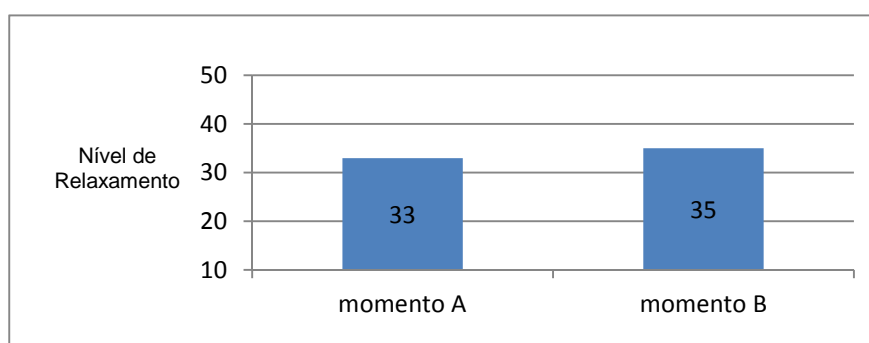


Gráfico 5 - Distribuição do nível de relaxamento, dos clientes, antes e após o exercício de relaxamento



“Os falsos conceitos” – Nesta sessão foi utilizada a técnica de foto linguagem para permitir a expressão de sentimentos, verifiquei que permitiu uma grande partilha entre os clientes, estiveram todos muito envolvidos e houve expressão de muita emoção. Emergiram sentimentos com grande intensidade como solidariedade, tranquilidade, serenidade, revolta, saudade, vontade de mudar, e algumas fotografias despertaram a criança existente em cada um deles.

Como estratégias para estimular a discussão e clarificação sobre os falsos conceitos, foram usados no início e final da sessão um pequeno questionário de V ou F com os falsos conceitos (anexo da 7ª sessão). Constatei que já estavam despertos para o tema e tinham muita informação (adquirida no programa da Área Dia). Todavia senti resistência por parte de um cliente, relativamente à afirmação “o álcool facilita as relações sociais”, que alimentou discussão e partilha no seio do grupo. Ao analisar o questionário final constatei que todos os clientes tinham respondido correctamente.

“O passeio” – Quando anunciei que a actividade terapêutica seria dedicada a um “passeio”, alguns clientes mostraram-se pouco receptivos e resistentes, pelo que foi necessário motivar o grupo. Senti que a sua resistência se devia ao facto de ter de sair do espaço habitual e da zona de conforto. Face a este obstáculo, inesperado, senti desconforto e apreensão dada a possibilidade de não conseguir realizar a sessão previamente planeada. Este constrangimento exigiu da minha parte mobilizar estratégias de motivação, tal como referido no regulamento das competências do ESMP, no sentido que deve deter elevado conhecimento e consciência de si para poder a todo o momento monitorizar as suas “reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mobilizando este “dar conta de si” integrativo, para melhorar a relação terapêutica” (OE, 2010). Para motivar os clientes decidi enumerar os benefícios do exercício físico, decisão que teve impacto positivo, mostraram-se depois mais receptivos. Fiquei satisfeito, pois tal como refere Rollnick, Miller & Butler (2009) motivar não é uma técnica para levar os clientes a fazer algo que não querem, pelo contrário, é um “estilo clínico habilidoso” para evocar dos clientes as suas boas motivações para fazer mudanças comportamentais. Foram

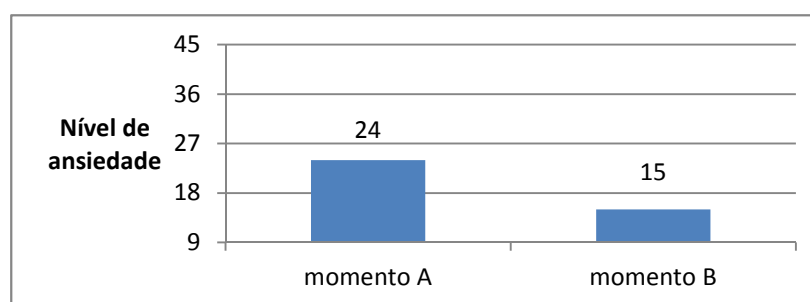
usados argumentos de que estava um dia agradável para a concretização do passeio (estava sol, um céu azul sem nuvens e não havia vento). Todos os clientes concordaram em participar no passeio.

Caminhamos a um ritmo lento para que todos pudessem acompanhar e desfrutar o momento de lazer e bem-estar. Durante a caminhada todos partilharam aspectos da sua vida, houve momentos de interajuda, de humor e observaram o ambiente que os envolvia. Foi um momento muito agradável e prazeroso, durante o qual se reforçou a importância do lazer. Estava um grupo unido e bem-disposto.

Apesar da resistência inicial, após a realização do passeio perguntaram quando se faria outro. Fiquei muito satisfeito, apesar da minha incerteza inicial tinha ultrapassado as resistências do grupo e concretizado e atingido os objectivos. CHALIFOUR (2008) refere que o “interveniente necessita adquirir conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, visando entrar em relação com o cliente e oferecer um ajuda psicológica sustentada, qualquer que seja o contexto onde decorre a sua intervenção”.

Nesta sessão, avaliei os níveis de ansiedade antes e depois da realização do passeio, usando o mesmo método da 6ª sessão (mas só o relacionado com a ansiedade). Nesta sessão participaram 9 clientes, o que representa um score mínimo de 9 e um score máximo de 45. Verificou-se que os níveis de ansiedade diminuíram no *momento B*, ou seja, diminuiu para o nível de ansiedade 15, como mostra o gráfico 6.

Gráfico 6 – Distribuição do nível de ansiedade, dos clientes, antes e após o passeio



No final da sessão (após o passeio), foi solicitado aos clientes que descrevessem como se sentiam no momento. Cinco (5) clientes referiram *bem-estar*, (3) *paz*, (2) *tranquilidade e relaxamento* e (1) *felicidade*.

Em efeito de síntese, e partindo da questão inicial “qual o impacto (Outcome) das intervenções apoiadas em técnicas cognitivo-comportamentais (Intervention), inseridas num PPR, no cliente com dependência alcoólica (Population) em contexto de Área

Dia”, após analisar os resultados, que foram positivos, ou seja, observou-se um incremento em vários aspectos em termos de saúde e satisfação dos clientes. Percebo, satisfeito e consciente que o PPR influenciou na prevenção da recaída.

3.3 – Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures (NIC de Loures)

O NIC de Loures pertence ao Sector A, do CHPL, acolhe clientes da área geodemográfica do concelho de Loures Ocidental, e localiza-se no Centro de Saúde de Santo António dos Cavaleiros - Loures. A equipa de saúde é constituída por uma enfermeira especialista em ESMP, três psiquiatras, dois psicólogos, uma assistente social e uma administrativa.

3.3.1 – Avaliação diagnóstica

Neste contexto clínico, o objectivo geral foi a identificação de clientes com problemas relacionados ao uso de álcool, através da aplicação do questionário AUDIT. Após avaliação diagnóstica, procedeu-se a um planeamento quer individual quer grupal e posteriormente ao desenvolvimento de intervenções psicoeducativas com base nas necessidades específicas identificadas, em concordância com o código deontológico que descreve que o enfermeiro, no dever para com a comunidade deve conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido bem como participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detectados. Neste contexto, foi possível desenvolver sobretudo competências no sentido de ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, identificar os problemas e as necessidades específicas da pessoa, família, cuidador, grupo e comunidade e estabelecer o diagnóstico de saúde particularmente no risco de consumo abusivo de álcool.

No âmbito dos cuidados acima expostos, foi aplicado a todos os clientes, que se dirigiram ao NIC de Loures, durante o mês de Janeiro, 85 questionários (AUDIT) para identificar o risco de consumo. O gráfico 7 e 8 mostram a distribuição pelo sexo e grupo etário. O gráfico 9 mostra os resultados obtidos.

Gráfico 7 - Distribuição dos scores AUDIT pelo sexo dos clientes

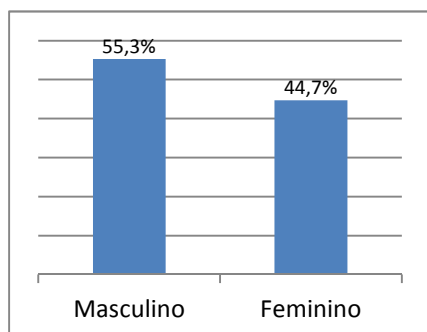
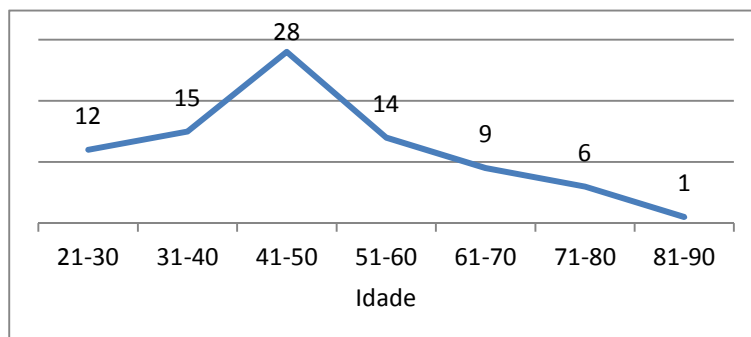
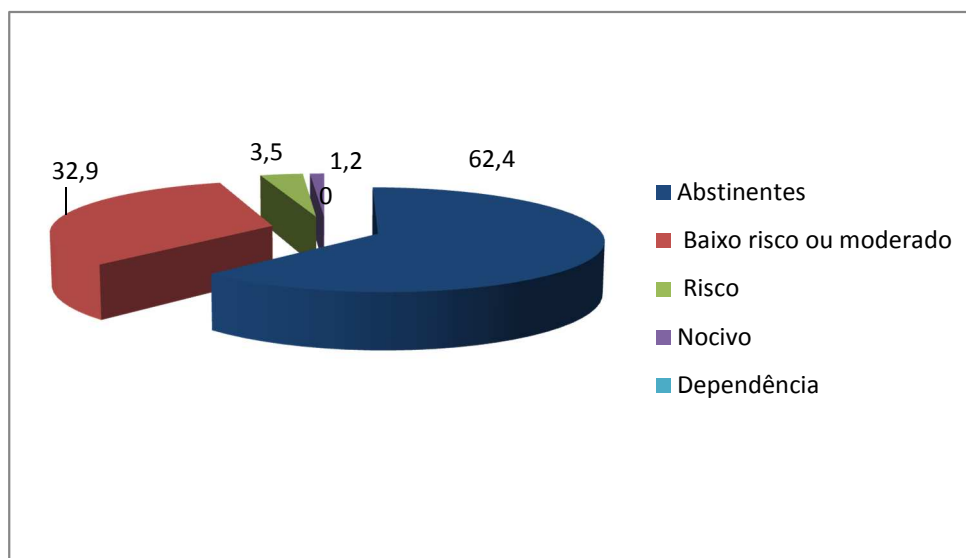


Gráfico 8 - Distribuição dos scores AUDIT pela idade dos clientes



Constata-se que a maior percentagem corresponde ao sexo masculino e o grupo etário mais afluente foi entre os 41 a 50 anos.

Gráfico 9 – Distribuição do perfil de consumos dos clientes, segundo o AUDIT



Da leitura do gráfico 9, verificamos que o perfil de consumo com base nos scores cotados nos clientes é maioritariamente abstinente com 62,4%, seguido de consumos de baixo risco ou moderados com 32,9%. Verificou-se que o consumo de risco foi de 3,5% e o parâmetro mais baixo foi o consumo nocivo com 1,2%. Não foi identificado nenhum cliente com dependência.

As intervenções realizadas foram predominantemente psicoeducativas visto a grande percentagem ser abstinente (62,4%) e de consumos baixos a moderados (32,9%),

congratulei os clientes pelo seu resultado e incentivei a manter. Nos clientes com consumo de risco (3,5%) expliquei a importância do resultado e dei informação sobre o efeito dos consumos excessivos, analisei a necessidade de reduzir os consumos e concluí com encorajamento. Um dos clientes identificados com consumo de risco encontrava-se abstinente há 6 meses, outro reconheceu importância pelo facto de lhe ter aplicado o questionário porque permitiu tomar consciência dos seus consumos excessivos e que iria repensar. O cliente com consumos nocivos, verifiquei que actualmente se encontrava sem consumir (mostrou consciência em relação ao problema dos consumos, mas que se encontrava abstinente há 3 meses e frequentava os Alcoólicos Anónimos).

Com base na avaliação diagnóstica planeei intervenções psicoeducativas de forma individual e grupal. A intervenção grupal centrou-se nos “falsos conceitos do álcool” dirigida a 12 clientes que se tinham demonstrado pouco esclarecidos em relação a esta temática. Durante a sessão estiveram muito participativos. No final distribuiu-se informação escrita, um folheto sobre os falsos conceitos.

As intervenções individuais de carácter psicoeducativo foram dirigidas ao cliente e cliente família sobre a importância de adesão ao regime terapêutico, tal como refere o regulamento das competências do enfermeiro especialista, ensina sobre os efeitos desejados e dos potenciais efeitos adversos das opções terapêuticas (OE, 2010). Um cliente em particular que se encontrava a amamentar, referiu consumir esporadicamente álcool, no sentido de ir de encontro a esta necessidade abordou-se o tema “álcool e a amamentação” e os problemas associados, em concordância com “sensibilidade e habilidade na abordagem de assuntos tais como: (...) abuso de substâncias” (OE, 2010).

No âmbito da especificidade das necessidades dos clientes elaborou-se um folheto sobre os falsos conceitos (apêndice XIII), como complemento da informação veiculada ao longo das consultas de enfermagem de Saúde Mental, onde se recolhia informação do estado mental, da doença, motivo do pedido de ajuda, despiste de problemas de álcool (AUDIT) e respectivos encaminhamentos. Foi muito enriquecedor para o desenvolvimento pessoal e profissional particularmente no desenvolvimento de competências ao assistir a “pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental” e executar uma “avaliação global que

permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família”, e quando “executa uma avaliação das capacidades internas do cliente e recursos externos para manter e recuperar a saúde mental” e “avalia o impacto que o problema de saúde mental tem na qualidade de vida e bem-estar do cliente” (OE, 2010).

4 – ANÁLISE DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Neste capítulo explanam-se as experiências e contributos relevantes para aquisição de competências. Posteriormente realizar-se-á uma reflexão do contributo dos contextos clínicos para o desenvolvimento de perícias, fundamentais, como futuro enfermeiro especialista em ESMP.

4.1 – Experiências e contributos relevantes

O percurso formativo e de desenvolvimento de competências e perícias em ESMP foi sendo sustentado pela pesquisa, pela prática clínica e pelas incursões aos contextos clínicos, e através de formação complementar sobre esta área específica de cuidados. Todas estas dimensões contribuíram de modo relevante para o desenvolvimento de perícias de maior complexidade, destacam-se:

- Participação no XXIV Encontro das Taipas “A Nossa Saúde” que se realizou nos dias 19 a 21 de Outubro de 2011 (Anexo VIII). Cujas temáticas versaram sobre situações vivenciadas e soluções já ensaiadas, auscultando os pontos de vista de diferentes grupos profissionais, nomeadamente sobre o alcoolismo. Abordou também o tema do stress profissional. Estes contributos remeteu-me para a primeira competência do enfermeiro especialista definida no regulamento e quando especifica “identifica no aqui - e - agora emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar” (OE, 2010);
- Apresentação do poster “A eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool”⁶ (Anexo IX). É uma análise de vários estudos sobre a eficácia da entrevista motivacional, na problemática do álcool;
- Publicação do artigo “A eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool na pessoa adulta – Revisão Sistemática da Literatura” na revista *Toxicodependências*, do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), Volume 17 nº 3 em 2011 (Anexo X). O artigo aborda a problemática do álcool e tem como objectivo determinar a eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool segundo vários autores;

⁶ I Jornadas de Enfermagem do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa “Qualidade: Desafio do Cuidar em Saúde Mental”, realizadas em 17 e 18 de Novembro de 2011.

- Apresentação do projecto académico delineado para a Área Dia e NIC de Loures, numa acção de formação intitulada “Intervenções de Enfermagem na prevenção da Recaída no Cliente com Dependência Alcoólica”, realizada na Clínica Psiquiátrica I, do Centro Hospitalar psiquiátrico de Lisboa, no dia 07 de Fevereiro de 2012 (Anexo XI).

4.2 – Desenvolvimento pessoal e perícias adquiridas para o estadió de perito

O início do percurso formativo e desenvolvimento de perícias, despoletou ansiedade e preocupação, tinha o projecto na “minha mente” completamente “controlado”, mas era apenas a “minha realidade”. Ao iniciar o estágio verifiquei que “esse controlo” não existia, havia variáveis próprias do contexto o que me deixou um pouco ansioso ao passar de uma realidade para a outra. Outra fonte de ansiedade foi passar novamente por “estagiário”, pois nos últimos anos tenho assumido frequentemente o papel de orientador de alunos da licenciatura em enfermagem. Todavia, facilmente me adaptei e segui em frente, tal como refere Benner (2001), o enfermeiro perito destaca-se pela sua capacidade de compreensão e experiência o que vai permitir responder com grande objectividade, segurança, rapidez e competência às exigências de cuidados de elevado nível de complexidade e especificidade. O código deontológico refere que o enfermeiro na excelência do exercício tem o dever “*analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude*” (artigo 88º).

Para consolidação das minhas perícias, contribuiu muito a orientação clínica, o suporte fornecido foi fundamental, uma vez que se pautou sempre por uma atitude de grande disponibilidade, abertura e objectividade.

Os contributos da revisão da literatura foram basilares para a concepção e sustentação das intervenções de enfermagem na evidência produzida.

Senti que o PPR se articulou de uma forma plena no programa terapêutico da Área Dia, os resultados obtidos junto dos clientes deveram-se a esta articulação.

Inicialmente o PPR estava projectado para alguns clientes (ser desenvolvido em grupo fechado) no entanto houve a necessidade de incluir nas sessões todos os clientes da

Área Dia visto ser considerado benéfico para todos. Apesar de nem todos os clientes iniciarem na mesma altura (grupo aberto), acabariam por abordar os mesmos temas num *timing* posterior, inseridos nas actividades da Área Dia. A utilização de diversas estratégias como brainstorming, role-play, artes plásticas, etc., permitiu-me adquirir perícias e habilidades. Esta dinâmica contribuiu de forma muito positiva e enriquecedora para acrescentar estratégias essenciais na recuperação do cliente com patologia alcoólica.

Este estágio permitiu a vivência de um amplo leque de experiências, particularmente na área da alcoologia.

Partindo dos meus objectivos de desenvolver competências de ESMP, que estão descritas pela OE, ao reflectir e analisar todo o percurso efectuado, constato que existe um “espelhamento” da forma como me sinto actualmente, relativamente às quatro competências, ou seja, sinto que expandi consideravelmente o nível de autoconhecimento e consciência de mim originando um desenvolvimento pessoal e profissional; assisti a pessoa, família e grupos e comunidade na optimização da saúde mental e mobilizei as dinâmicas dos próprios contextos, no sentido de planear e desenvolver programas de treino de aptidões sociais e de desenvolvimento sócio-emocional, direccionados para áreas específicas que evitem a exposição e exclusão social, nomeadamente em situações de comportamentos aditivos; e prestei cuidados no âmbito psicoterapêutico e psicoeducacional no contexto individual, familiar ou comunitário que aumentaram o *insight* do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema, contribuindo deste modo para recuperar a sua saúde (OE, 2010).

Ao longo do estágio, em ambos contextos, consegui “viajar” por todas as competências preconizadas para o ESMP, consolidando-as. Com destaque especial para o desenvolvimento pessoal e profissional e para as de desenvolvimento de perícias no âmbito de cuidados de cariz psicoterapêutico, socioterapêutico e psicoeducativo.

Estou consciente que o contexto de estágio, foram excelentes locais de aprendizagem e que facilitaram aquisição destas competências específicas.

A elaboração e análise do relatório, foi também decisiva pois permitiu-me ter consciência de todo o trabalho realizado e sobretudo dos aspectos a melhorar futuramente. Todo este processo proporcionou momentos de crescimento e

desenvolvimento de estratégias alternativas para ultrapassar os obstáculos e resolver problemas de natureza clínica que iam surgindo. Senti, e tive consciência, do crescimento da minha confiança ao longo de todo o processo.

Ao “olhar para trás”, vejo que não sou a mesma pessoa, ganhei um “novo olhar” e uma “nova consciência” sobre o que me rodeia, ou seja, sinto que me encontro num estadio diferente, não sei se de perito, mas seguramente num estadio mais elevado do que me encontrava no início do estágio. Sinto que o “estar com o outro” para mim adquiriu uma nova dimensão, pois agora estou desperto para complexidades e circunstâncias de determinados aspectos que antes não estava. Segundo Benner (2001), os cuidados no estadio de perito, atingem outra dimensão e envolvem uma complexidade muito maior. Refere que a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria. Diz também que com a experiência e o domínio a competência transforma-se e esta mudança leva a um melhoramento das actuações.

Esta autoconsciência com base na reflexão foi fundamental no meu processo de crescimento e desenvolvimento quer pessoal quer profissional. Desejo futuramente como enfermeiro especialista, melhorar o padrão de qualidade dos cuidados que presto, e que se expressem em perícias de excelência contribuindo para a construção da Profissão de Enfermagem como uma profissão cada vez mais exigente, autónoma, rigor científico, e com um corpo de conhecimentos próprio, tendo sempre como finalidade primordial a garantia do aumento da qualidade de vida dos clientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, S.C.; ARAÚJO, R.B. (2005) Avaliação da efectividade 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.

ANDERSON, P.; BAUMBERG, B. (2006) **Alcohol In Europe a public health perspective**. Institute of Alcohol Studies, UK. Acedido em 15/05/2011 à 1H40m em: http://www.ec.europa.eu/health-eu/doc/alcoholineu_content_en.pdf – Bélgica

ANTONOVSKY, A. (1987) **The structure and properties of the sense of coherence scale**. Social Sciences & Medicine, Mar 36(6).

BABOR T., HIGGINS-BIDDLE J., SAUNDERS J., MONTEIRO M.G. (2001) **The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care**. Geneva: WHO Department of Mental Health and substance dependence; Second Edition.

BENNER, P. (2001) **De iniciado a perito**. Coimbra. Quarteto Editora. ISBN: 972-8535-97-X.

BOTTLENDER, M.; KÖHLER J.; SOYKA, M. (2006) The effectiveness of psychosocial treatment approaches for alcohol dependence – a review. **Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie**. ISSN: 0720-4299. Vol. 74 (1), pp. 19-31. Retrieved from MEDLINE with Full Text database.

BULECHEK, G.M.; BUTCHER, H.K.; DOCHTERMAN, J.M. (2010) **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 5ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. ISBN: 978-85-352-3442-8.

CHALIFOUR, J. (2008) **A Intervenção Terapêutica**, Volume 1: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Loures. Lusodidacta, p. 98-100. ISBN: 978-989-8075-05-5.

EDWARDS, G.; MARSHALL, E.J.; COOK, C. H. (2005) **O Tratamento do Alcoolismo: um guia para profissionais da saúde**. 4ª Edição. Porto Alegre. Artmed. ISBN: 0-521-01714-9.

FERREIRA-BORGES C., FILHO H.C. (2004) Usos, Abusos e Dependências: **Alcoolismo e Toxicodependência**. Manual 2. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN: 972-796-150-9.

FERREIRA-BORGES C., FILHO H.C. (2007) **Intervenções Breves: Álcool e Outras Drogas** – Manual Técnico 5. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-211-2.

FERREIRA-BORGES C., FILHO H.C. (2008) **Uso de Substâncias: Álcool, Tabaco e outras Drogas**. Lisboa. Coisas de Ler Edições. ISBN: 978-972-8710-98-9.

FIGLIE, N.B.; DUNN J.; LARANJEIRA, R. (2004) **Estrutura Fatorial da Stages of Readiness and Treatment Eagerness Scale (Socrates) em dependentes de álcool tratados ambulatorialmente**. Revista Brasileira Psiquiatria 26(2):91-107.

GEADA, M.(1990) O modelo de saúde positiva – salutogénico – de Aron Antonovsky: Resultados preliminares de um estudo com toxicodependentes. In BOTELHO, I; ALMEIDA, J.P.; GEADA, M.;JUSTO, J. – **A psicologia nos serviços de saúde**. Lisboa: APPORT.

GEADA, M. (1994) **Sentido interno de coerência, clima familiar e comportamentos de risco de consumo de drogas na adolescência**. Análise psicológica, 12 (2/3). 315-321.

GOMES C.M.P.R. (2004) **Papel do médico de família na detecção e intervenção nos problemas ligados ao álcool a nível dos Cuidados de Saúde Primários**. Revista Portuguesa Clínica Geral; 20:101-108.

GOREINSTEIN, C. & ANDRADE, L. (1998). **Inventário de depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português**. Revista de Psiquiatria Clínica, 25 (5), 245-250.

HENRIQUES, Francisco – Prevenção da Recaída. In: FERREIRA-BORGES, Carina; FILHO, Hilson Cunha (2004) **Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e**

Toxicodependência: Manual Técnico 2. Lisboa: Climepsi. ISBN: 972-796-150-9. cap.5.7. p. 387-410.

JIMÉNEZ-ARRIERO, M. A.; PASCUAL, P.; FLÓREZ, G.; CONTEL, M. (2007) **Para el tratamiento del alcoholismo.** Barcelona. Socidrogalcohol. ISBN: 978-84-611-5803-4.

KIRITZÉ-TOPOR, P; BÉNARD, J. (2007) - **Guia Prático Climepsi de Alcoologia.** Lisboa, Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-289-1.

LITT, M.D.; KADDEN, R.M.; KABELA-CORMIER, E. (2009) Individualized assessment and treatment program for alcohol dependence: results of an initial study to train coping skills. **Addiction.** Abingdon. ISSN: 1360-0443. Vol. 104 (11), pp. 1837-1848. Retrieved from MEDLINE with Full Text database.

LOUREIRO, C. (2011) Treino de competências sociais – uma estratégia em saúde mental: conceptualização e modelos teóricos. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.** Porto. ISSN:1647-2160. Nº 6 (Dezembro 2011). 7-14.

LUKASIEWICZ, M.; PERES, M.F.- Prevenção da recaída. In: RAHIOUI, H.; REYNAUD, M. (2008) **Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções.** Lisboa. Climepsi. ISBN: 978-972-796-296-9.

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. ISSN: 1097-4679. Vol. 65(11), 1232-1245. Retrieved from MEDLINE with Full Text database.

MALUF, T. (2002). **Avaliação de sintomas de depressão e ansiedade em uma amostra de familiares de usuários de drogas que frequentaram grupos de orientação familiar em um serviço assistencial para dependentes químicos.** São Paulo.Universidade Federal de São Paulo. Tese de Mestrado.

MARLATT, G. A.; GORDON, J. R. (1993) – **Prevenção de Recaída Estratégias de Manutenção no Tratamento de Comportamentos Adictivos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

MARQUES, A.C.P.; FORMIGONI, M.L.O. (2001) Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug-dependent patients. **Addiction**. Abingdon. ISSN: 0965-2140. Vol. 96 (6), pp. 835-846. Retrieved from MEDLINE with Full Text database.

MILLER, W.R.; ROLLNICK, S. (2001) **Entrevista Motivacional**. Porto Alegre. Artmed. ISBN: 0-89862-469-X.

MILLER, W. R.; TONIGAN, J. S. (1996). **Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)**. *Psychology of Addictive Behaviors* 10, 81-89.

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M.L.; SWANSON, E. (2010) **Classificação dos Resultados de Enfermagem**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora. ISBN: 978-85-352-3443-5.

MOUTINHO, L.; GONÇALVES, A. (2010) **O papel das dinâmicas de grupo e o relaxamento no tratamento do alcoolismo**. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, Nº3, 42-47.

NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (1995) **The Neuman Systems Model**. 3rd Edition. Norwalk: Appleton e Lange. ISBN 0-8385-6701-0.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) **Estatuto**. Acedido em 20/02/2012 à 1H35m em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/legislacao/Paginas/legislacaoEnfermagem.aspx>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental**. Lisboa. Acedido em 15/05/2011 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.

PAYNE, R.A. (2003) **Técnicas de Relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde**. Loures. Lusociência. ISBN: 972-8383-41-X.

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>

RAHIOUI, H.; REYNAUD, M. (2008) **Terapias cognitivo-comportamentais e adicções**. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-296-9.

RANGÉ, B.P.; MARLATT, G.A. (2008) Cognitive- Behavioral Therapy for Alcohol and Drug use Disorders. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo. ISSN 1516-4446 Vol 30 suppl. 2 (Oct. 2008). 88-95. Retrieved from MEDLINE with Full Text database.

ROCHA, C., CORREIA, T. (2005). **Ansiedade no Ensino Secundário e Ensino Superior**. Universidade Católica Portuguesa. Braga. Acedido em Novembro 2010.

Disponível em:

http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo_licenciatura.php?codigo=TL0110&area=d5&subarea=

RODRIGUES, A.S., PISSARRA, A.C.P.; MARQUES, F.J.S.; MOURÃO, M.J.C.; MENDES, M.M.M.G.; FREIRE, P.M.A. (2011) A eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool na pessoa adulta – Revisão Sistemática da Literatura. **Revista Toxicodependências: Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)**. Lisboa. ISSN: 0874-4890. Vol.17, nº 3. 37-46.

ROLLNICK, S.; MILLER, W.R.; BUTLER, C.C. (2009) **Entrevista Motivacional no Cuidado da Saúde**. Porto Alegre. Artmed. ISBN: 978-85-363-1702-1.

SCHULTZ, Sherry (1995) – **Voltar de uma Recaída**, Colares Editora, ATT- Associação Para Tratamento das Toxicodependências. ISBN 972-8272-13-8.

SERECIGNI, J.G.; GARCÍA, L.S.; CIRAC, B.G.; ALBET, J.T.; POCIELLO, A.T.; GONZÁLEZ, A.S.; GIL, A.M. (2004) **Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol**. Medicina clínica. 2004 Jul;123(6):211-216.

Acedido em 11/12/2011 às 19h30m em:

www.psiquiatria.com/buscador/proxy.ats?...

SPIELBERGER, C.D. (1970) Anxiety as an emotional state. In **Anxiety Current Trends in Theory and Research**, Ed. Spielberger C.D., Academic Press, NY.

VASCONCELOS, C. (2007). **Qualidade de vida, ansiedade e depressão após enfarto do miocárdio**. Uberlândia. Universidade Federal da Uberlândia. Tese Mestrado. Acedido em Novembro 2010. Disponível em :

http://www.bdtu.ufu.br/tde_busca/processaArquivo.php?codArquivo=1212

WASHTON, A.M.; ZWEBEN, J.E. (2009) **Prática Psicoterápica Eficaz dos Problemas com Álcool e Drogas**. Porto Alegre. Artmed. ISBN: 978-85-363-1749-6.

WORLD DRINK TRENDS (2005) Oxfordshire: World Advertising Research Center. Acedido em 15/05/2011 às 02 h 20 m. Disponível em:

http://www.ias.org.uk/resources/publications/warc/worlddrinks_2005.html

[Http://www.telefonica.net/web2/acvar/pdf/EMCA.pdf](http://www.telefonica.net/web2/acvar/pdf/EMCA.pdf). Acedido em 11/12/2011.

ANEXOS