



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria
Relatório de Estágio

**Contributo das intervenções de enfermagem de âmbito
psicoterapêutico na prevenção da recaída na pessoa
com problemas de alcoolismo**

Helena Maria Marçal Jacob Malhadas

**Lisboa
2016**





Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiatria
Relatório de Estágio

Contributo das intervenções de enfermagem de âmbito
psicoterapêutico na prevenção da recaída na pessoa
com problemas de alcoolismo

Helena Maria Marçal Jacob Malhadas

Orientador: Prof. Doutor Luís Nabais

Lisboa
2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Sábio é o ser humano que tem coragem de ir diante do espelho da sua alma,
Reconhecer seus erros e fracassos e utilizá-los para plantar as mais
belas sementes no terreno de sua inteligência.”

Augusto Cury

AGRADECIMENTOS

Este trabalho não teria sido possível sem o apoio e a disponibilidade de algumas pessoas, a quem deixo o meu sincero agradecimento:

Ao meu orientador, Professor Doutor Luís Nabais, pela abertura e disponibilidade manifestadas, pelos conselhos atribuídos e conhecimentos transmitidos.

Aos meus orientadores de estágio, Ângela e Rui.

Aos meus familiares e particularmente aos meus filhos, Bruno e Raquel pela compreensão e apoio sempre presentes.

Aos meus amigos e colegas pelo apoio, compreensão e incentivo para a sua realização.

ABREVIATURAS

APA - American Psychiatric Association

ARSLVT- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CAT – Centro de Atendimento de Toxicodependências

CID 10 – Classificação Internacional de Transtornos Mentais e de Comportamento - CID 10

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DSM-V-TR - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ET - Equipa de Tratamento

OE – Ordem dos enfermeiros

PLA – Problemas ligados ao álcool

SICAD – Serviço na Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SOCRATES 8 D - Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale

WHO - World Health Organization

RESUMO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, em contexto do estágio no serviço de internamento de psiquiatria e posteriormente, na equipa de tratamento especializada. Incidiu particularmente, na temática sobre os contributos das intervenções de enfermagem, na prevenção da recaída na pessoa com problemas de alcoolismo. Considerando a existência na sociedade portuguesa da problemática nos doentes com dependência de álcool, tivemos como objetivos: identificar as necessidades da pessoa e família com problemas de alcoolismo, adquirir competências na prevenção da recaída, através da técnica de entrevista motivacional na pessoa dependente de álcool e planear intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico em contexto de grupo. Foram desenvolvidas intervenções de enfermagem, no sentido de dar resposta aos problemas da pessoa com doença mental em situação aguda ou prolongada, associada ou não ao alcoolismo. Podemos concluir que embora em contextos institucionais diferentes (hospital e comunidade), aplicando intervenções de enfermagem similares, como a entrevista motivacional, o doente com dependência de álcool inserido numa equipa de tratamento especializada no tratamento de comportamentos aditivos, pode mais facilmente beneficiar da acessibilidade e dos cuidados de enfermagem no sentido de prevenir a recaída ou antecipar os lapsos. Reconhece a importância do contrato terapêutico conjunto, onde o enfermeiro tem um papel fundamental. No contexto hospitalar, verifica-se que a intervenção do enfermeiro, embora breve e planeada com o doente, não permite o estabelecimento de um contrato terapêutico duradouro. O hospital é reconhecido pelo doente, habitualmente como um serviço de último recurso após episódios de recaída. As intervenções de enfermagem em grupo, com recurso aos mediadores expressivos podem beneficiar os doentes e promover a tomada de consciência dos efeitos da interação grupal, funcionando como recurso para melhorar a saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE

Alcoolismo, Dependência de Álcool, Prevenção da Recaída, Entrevista Motivacional, Mediadores Expressivos, Grupo Terapêutico.

ABSTRACT

This report is driven by the field work performed in the context of the Nursing Master's Degree in the area of specialization in Mental Health Nursing and Psychiatry, while attending a psychiatric internship in patient service and later on in specialized treatment team. Due to the nature of this intervention, it is primarily focused on the issue of the contributions of nursing interventions in preventing relapse in people with alcohol problems. Considering the existence in Portuguese Society of the problem in patients with alcohol dependence, the action plan was developed aiming at to meet the following objectives: to identify the person and family needs with alcohol problems and to acquire skills in preventing relapse through motivational interviewing technique in person dependent on alcohol and psychotherapeutic planning scope of nursing interventions in a group setting. Nursing interventions have been developed in order to address the problems of the person with mental illness in acute or prolonged situation, with or without alcoholism. We can conclude that, although in different institutional settings (hospital and community), applying similar nursing interventions such as motivational interviewing, the patient with addiction inserted alcohol in a specialized care team in the treatment of addictive behaviors, can more easily benefit from the accessibility and nursing care in order to prevent relapse or anticipate lapses. The report recognizes the importance of the whole therapeutic contract, where the nurse has a key role. In the hospital context, it appears that the intervention of the nurse, though brief and planned with the patient, does not allow the establishment of a lasting therapeutic contract. The hospital is recognized by the patient, usually as a last resort after episodes of relapse service. Nursing interventions in groups, using the expressive mediators can benefit patients and promote awareness of the effects of group interaction, functioning as a resource to improve mental health.

KEY WORDS

Alcohol abuse, alcohol dependence, relapse prevention, Motivational Interviewing, Expressive Mediators, Therapeutic Group.

INDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
1.1. Dependência relacionada com álcool	15
1.2. Abstinência relacionada com álcool	16
1.3. Terapias cognitivo-comportamentais na Pessoa com problemas ligados ao álcool	17
1.3.1. Modelo de aprendizagem social	18
1.3.2. Modelo de aprendizagem cognitiva	20
1.3.3. Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente	21
1.3.4. Entrevista motivacional	22
1.4. Enfermeiro como gestor de cuidados no apoio ao doente com problemas de alcoolismo	27
1.5. Teoria de Hildegard Peplau na perspetiva da enfermagem psicodinâmica	28
1.6. Contributo das técnicas expressivas na pessoa com doença mental	30
1.6.1. Expressão	31
1.6.2. Criatividade	33
1.6.3. As técnicas e os materiais	34
1.6.4. O grupo como processo terapêutico	36
2 – METODOLOGIA	39
2.1. Problemática	39
2.2. Caraterização dos campos de estágio	40
2.3. Objetivos	40
2.4. Caraterização dos participantes	40
2.5. Procedimentos e técnicas implementadas	41
2.5.1. Estudos de caso	42
2.5.2. Entrevista motivacional	42
2.5.3. Escala de motivação SOCRATES 8D	43
2.5.4. Classificação NOC de Johnson e Maas	44
2.5.5. Atividades nos grupos como processo terapêutico	45
3. RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	47
4. COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS	54
5. CONCLUSÃO	57
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

APÊNDICES.....	68
Apêndice I - Estudo caso no serviço de psiquiatria	69
Apêndice II - Estudo caso na equipa de tratamento.....	108
Apêndice III - Atividade de grupo nº 1/ Aspetos positivos em mim - expressão verbal.....	145
Apêndice IV - Atividade nº 2/ O dia da nuvem - construção de narrativas	150
Apêndice V - Atividade de grupo nº 3/ O presente que gostava de oferecer moldagem em massa sintética.....	158
Apêndice VI - Diários de aprendizagem	173

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e foi desenvolvido a partir da realização de um projeto de intervenção de âmbito psicoterapêutico que decorreu em contexto do estágio no serviço de psiquiatria de um Centro Hospitalar e posteriormente, na Equipa de Tratamento. A experiência profissional anterior, na comunidade em contexto de cuidados de saúde primários, possibilitou ao longo dos anos, assistir ao aumento de fenómenos de enfermagem em saúde mental na população que recorre à unidade de cuidados de saúde personalizados onde me insiro. Por outro lado, tive a perceção da necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências profissionais específicas, para apoiar a pessoa e família, em situação de sofrimento por doença mental que recorre cada vez mais, à consulta de medicina familiar. Numa vertente diferente e tendo adquirido experiência profissional na relação terapêutica com o doente com doença mental associada à dependência de substâncias psicoativas, inserido no programa de narcóticos de substituição, considero fundamental, o papel do enfermeiro especialista em saúde mental no processo terapêutico, bem como na articulação com as equipas de tratamento porque só desta forma, podem surgir ganhos significativos para a saúde e reabilitação do doente na comunidade. Esta realidade profissional e a motivação pessoal determinaram a escolha pela especialidade de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Neste sentido e na sequência do projeto foi fundamental analisar os últimos dados epidemiológicos relativos à população portuguesa no que diz respeito ao consumo de álcool e às consequências para a saúde associadas. Dados revelados no Relatório Mundial de Saúde sobre Álcool de 2014 apresentado pela Organização Mundial de Saúde, coloca Portugal entre os maiores consumidores de álcool do mundo, em que o consumo varia entre 13 e 18 litros. Segundo o mesmo relatório, em Portugal, de 2008 a 2010, constata-se que a média do consumo anual per-capita de álcool, na população adulta (15 ou mais anos) é de 12,9 litros (álcool puro). Verifica-se ainda que a prevalência do uso de álcool nos homens é de 9,2% e nas mulheres é de 2,6 %

e que a prevalência da dependência de álcool nos homens é superior (4,9 %) à das mulheres (1,4 %) (WHO, 2014,p 230).

Dados referentes a 2012 apresentados no 3º inquérito nacional sobre o consumo de substâncias psicoativas demonstram que “ a maioria (80%) dos consumidores de bebidas alcoólicas realizou o primeiro contato como álcool com idades compreendidas entre os 14 e os 20 anos. Neste grupo de idades, as concentrações percentuais mais significativas registam-se nos 18 anos (21% dos consumidores). Relativamente à duração do consumo, a média é de 12 anos e a duração máxima de 50 anos” (Balsa, Vital e Urbano, 2014, p. 130). Os resultados deste inquérito revelam ainda que no último ano, o consumo de bebidas alcoólicas nos jovens com idades entre os 15 e 24 anos (58,3%) apresentava taxas de prevalência semelhantes aos dos restantes grupos etários variando entre os 59,8% no grupo etário dos 55 e 64 anos e os 63,1% no grupo dos 25 aos 34 anos. Segundo os mesmos autores, entre a população portuguesa de 15-74 anos, considerando o período dos últimos 12 meses, a prevalência de consumo *binge* era de 7,4%, e a de embriaguez no sentido restrito (ficar a cambalear, com dificuldade em falar, vomitar, e/ou não recordar depois o que aconteceu) era de 8%, enquanto 18% afirmava ter bebido até ficar alegre, com prevalências mais elevadas nas faixas etárias mais jovens, designadamente entre os 15-34 anos. Independentemente do grau de embriaguez, esta, era mais frequente nos homens do que nas mulheres (Balsa, Vital e Urbano, 2014).

Estando perante um problema cada vez maior, na sociedade portuguesa, tem-se verificado que a procura de tratamento pelos doentes com problemas ligados ao álcool em particular é cada vez mais relevante. Por outro lado, “a integração dos problemas ligados ao álcool (PLA) na Estrutura de Coordenação criada pelo Decreto-Lei n.º 1/2003, de 6 de Janeiro, e reformulada pelo Decreto-Lei n.º 40/2010, de 28 de Abril, constituiu uma mais-valia para a política de redução dos problemas ligados ao uso nocivo do álcool, que passou assim a usufruir das sinergias já instaladas e dotou organismos com competências comparativamente residuais nessa área com o conhecimento especializado das redes de atores mais diretamente implicados” (SICAD, 2013, p.8).

Ainda neste contexto, dados mais recentes, do 1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional das Doenças Mentais em Portugal, demonstram que “ a percentagem de pessoas com um tipo de perturbação psiquiátrica que recebeu tratamento é de 35,8%. Destes, a esmagadora maioria (34,5%) é tratada a nível dos serviços de saúde, enquanto apenas uma pequena parte (3,5%) é tratada num outro serviço. Comparando a percentagem de doentes tratados a nível da medicina geral e familiar (23,7%) com a percentagem tratada a nível dos cuidados especializados de saúde mental (17,4%), verifica-se que o primeiro nível trata uma parte mais significativa de doentes que o segundo. Esta distribuição relativa observa-se nos vários tipos de perturbação psiquiátrica. O grupo dos doentes com perturbações depressivas apresentam uma percentagem mais elevada de tratamento em todos os níveis de cuidados, seguidos pelas perturbações de ansiedade e as perturbações de abuso/dependência de álcool” (Caldas de Almeida e Xavier, 2014, p.38).

Segundo o 1º Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional das doenças mentais, ao escalão entre os 18 e os 34 anos associou-se um risco muito elevado de ocorrência de perturbação, particularmente, no que se refere ao abuso de substâncias (álcool). Em Portugal, as estimativas de prevalência de vida apresentaram diferenças significativas de acordo com a variável ‘idade’, emergindo um padrão de maior expressão quantitativa no escalão mais jovem (18-34 anos), com uma prevalência de 50.1% de pelo menos uma perturbação psiquiátrica. Neste grupo etário, as entidades mais referidas foram as perturbações da ansiedade, seguidas das afetivas e do abuso de álcool” (Caldas de Almeida e Xavier, 2014).

Tendo em consideração os dados epidemiológicos que apresentamos, é fundamental que o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental esteja vocacionado e desenvolva estratégias de intervenção na prevenção e tratamento de comportamentos aditivos relacionados com o álcool, na pessoa, quer em contexto hospitalar, quer em contexto de cuidados de saúde primários, em articulação com a consulta de medicina familiar, com a consulta de psiquiatria e ainda com as equipas de tratamento especializadas.

Considero fundamental a existência de um programa de prevenção de comportamentos aditivos relacionados com o álcool na pessoa e família que recorre aos cuidados de saúde primários, à semelhança de outros programas,

pelo que optei pela aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista, no sentido de compreender melhor a doença mental associada ao alcoolismo e desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico que permitam prevenir comportamentos de dependência de álcool, assim como, apoiar a pessoa durante o processo terapêutico proactivo na prevenção da recaída. Desta forma, “na implementação efetiva das estratégias de prevenção, torna-se imprescindível a adoção de uma lógica de interação entre o sistema de saúde e a sociedade a partir da compreensão das necessidades sociais. As ações na área da saúde devem ser partilhadas com outros setores estratégicos, assim como devem garantir a participação efetiva dos diferentes grupos sociais na identificação, formulação e implementação das ações, ou seja, devolvendo o poder de decisão da sua saúde à própria comunidade” (Costa et al, 2013).

Quando um doente com problemas ligados ao álcool procura os cuidados de saúde, independentemente da instituição, é provável que o primeiro contacto seja com o enfermeiro. As atitudes que este apresenta, poderão afetar o relacionamento e o tratamento subsequente. Devido à sua formação, os enfermeiros são os profissionais que se encontram numa posição mais favorável para o diagnóstico de enfermagem e tratamento precoce do alcoolismo uma vez que, em quase todos os serviços de saúde se deparam com esta problemática (Almeida, 2012). Compreende-se desta forma, como é fundamental a intervenção do enfermeiro na prevenção da recaída, face às necessidades da pessoa com problemas ligados ao consumo abusivo de álcool.

O trabalho realizado teve como objetivos: desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria à pessoa dependente de álcool, identificar necessidades da pessoa e família com problemas de alcoolismo, adquirir competências na prevenção da recaída, através da técnica de entrevista motivacional na pessoa dependente de álcool e planear intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico em contexto de grupo. As intervenções de enfermagem tiveram como base a Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau porque nos pareceu ser uma base teórica de âmbito psicodinâmico adequada ao fenómeno em estudo. A autora descreve a enfermagem como um processo terapêutico e interpessoal, que

funciona de forma cooperativa com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos no seio das comunidades. Valoriza a relação terapêutica entre o doente e o enfermeiro preparado para reconhecer e responder às necessidades do doente, permitindo a aprendizagem deste, na solução do problema partilhado entre os dois (Peplau, 1990).

A estrutura do relatório encontra-se dividida em seis capítulos: na introdução faz-se referência aos dados epidemiológicos mais recentes relacionados com a temática abordada e aos objetivos do trabalho desenvolvido; no primeiro capítulo apresenta-se a fundamentação teórica em que se basearam as intervenções desenvolvidas; no segundo capítulo faz-se referência á metodologia implementada, onde se caracterizam: a problemática, os campos de estágio, os objetivos das intervenções, os participantes, os procedimentos e as técnicas implementadas; no terceiro capítulo apresentam-se os principais resultados das intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico desenvolvidas no percurso dos dois momentos de aprendizagem; no quarto capítulo faz-se referência as competências adquiridas (do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e de mestre fundamentadas no Regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria); no quinto capítulo apresenta-se as conclusões finais onde se reflete sobre o percurso efetuado, os ganhos, benefícios e limitações. No sexto e último capítulo, apresentam-se as referências bibliográficas onde se apoiou a pesquisa científica e a execução do trabalho desenvolvido. No final, encontram-se os apêndices.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Dependência relacionada com álcool

O conceito de dependência tem evoluído ao longo dos tempos. Seguidamente abordamos o conceito de dependência de álcool segundo alguns autores. “O álcool é uma substância que acompanha a humanidade desde seus primórdios e sempre ocupou um local privilegiado em todas as culturas, como elemento fundamental nos rituais religiosos, fonte de água não contaminada ou ainda presença constante nos momentos de comemoração e de confraternização, quando se brinda a todos e a tudo” (Gigliotti e Bessa, 2004, p. 11).

Nos tempos atuais, a “dependência” define-se como um padrão de consumos constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos comportamentais, que pode desenvolver-se após repetido uso de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas alcoólicas, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada ao consumo em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado. Após o tratamento da dependência, as intervenções devem visar a Prevenção da Recaída” (Babor et al, 2001,p.24).

A Organização Mundial de Saúde, através da classificação dos transtornos mentais de comportamento (CID -10) apresenta “ seis critérios em relação à classificação da síndrome de dependência. Três ou mais das seguintes manifestações pelo menos num período de um mês ou, se persistirem por períodos menores do que um mês, devem ter ocorrido conjuntamente de forma repetida durante um período de doze meses:

- 1 - Um forte desejo ou compulsão para consumir a substância;
- 2 – Comprometimento da capacidade para controlar o comportamento de uso da substância em termos do seu início, término ou níveis de consumo;
- 3 - Um estado de abstinência fisiológico quando o uso da substância é reduzido ou interrompido como evidenciado pela síndrome de abstinência;

4 - Evidência de tolerância aos efeitos da substância, verificando-se a necessidade de quantidades maiores de substância para obter efeitos originalmente conseguidos com quantidades mais reduzidas;

5 – Preocupação com o uso da substância manifestada pela redução ou abandono de importantes atividades de lazer ou interesses alternativos, devido ao tempo gasto em atividades necessárias para a obtenção, consumo ou recuperação dos efeitos da substância;

6 - Uso persistente da substância, desconsiderando a evidência clara das consequências manifestamente nocivas evidenciado pelo uso continuado quando o indivíduo está efetivamente consciente da natureza e da extensão dos efeitos nocivos.” (OMS, 2008, p.75).

Nos tempos atuais, surge outro conceito que a Associação Psiquiátrica Americana define como de abstinência e distingue alguns critérios de diagnóstico que se apresentam seguidamente.

1.2. Abstinência relacionada com álcool

A Associação Psiquiátrica Americana através da DSM V define o conceito de abstinência relacionado com álcool, e distingue os seguintes critérios:

“A. Cessação (ou redução) do uso de álcool que tem sido intenso e prolongado.
B. Dois (ou mais) dos seguintes, desenvolvendo dentro de algumas horas a alguns dias após a Cessação do (ou redução) do uso de álcool:1. Hiperatividade autónoma (por exemplo, taxa de pulso superior a 100 bpm); 2- Aumento dos tremores nas mãos; 3. Insónia; 4. Náuseas ou vômitos; 5. Alucinações táteis, visuais transitórias, auditivas ou ilusões;6. Agitação psicomotora; 7. Ansiedade; 8. Crises generalizadas tônico-clónicas. C. Os sinais ou sintomas no Critério B causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo. D. Os sinais ou sintomas não são atribuíveis a uma outra condição médica e nem a outro transtorno mental, incluindo intoxicação ou abstinência por outra substância” (APA, 2013, p.499).

Considerando que a enfermagem de saúde mental tem o seu foco na promoção da saúde mental, na prevenção da doença mental e na intervenção precoce perante os comportamentos desajustados, importa referir, que o

enfermeiro tem cada vez mais, uma intervenção mais ativa no tratamento do doente com transtornos de adição. Desta forma, a terapia têm permitido intervir e apoiar a pessoa com problemas ligados ao álcool, com recurso a técnicas de intervenção psicoterapêutica. Seguidamente serão abordadas algumas das terapias aplicadas e descritas pelos seus autores.

1.3. Terapias cognitivo-comportamentais na Pessoa com problemas ligados ao álcool

A abordagem cognitivo-comportamental tem como objetivo capacitar os doentes de competências para lidarem com agentes e situações de *stress* para as quais os indivíduos no momento, não têm soluções adequadas.

São várias as técnicas utilizadas dentro desta abordagem, por exemplo: “técnicas motivacionais, a modelagem aberta, o controlo do estímulo, a reestruturação cognitiva e o trabalho de suporte social” (Guerra e Lima, 2005, p. 189). Para as autoras, cada uma destas técnicas tem como premissa fundamental, a prévia avaliação do problema específico do indivíduo, assim como, as suas respostas cognitivas, emocionais e comportamentais. Estas terapias cognitivo-comportamentais podem ser aplicadas no doente com comportamentos associados ao consumo abusivo de álcool e visam o desenvolvimento de técnicas de Prevenção da Recaída e de Treino de Competências Sociais (Guerra e Lima, 2005).

Da mesma forma, Rangé e Marlatt (2008) consideram que alguns programas tradicionais de tratamento do alcoolismo têm como foco fatores motivacionais, explicando ao doente *porque* se deve abster de beber álcool. No entanto, não fornecem as competências necessárias, uma vez que não mostram ao doente *como* não beber, como largar um velho hábito e controlar a sua ocorrência no futuro. Neste segundo ponto, o indivíduo recebe a responsabilidade pela resolução do problema e não compreende a sua causa e desenvolvimento.

Neste contexto, para Marlatt e Rangé (2008) “devem ser considerados alguns critérios para o desenvolvimento de um programa efetivo de autocontrolo: 1) Mostrar ser eficaz na manutenção da mudança por um período significativo comparado aos melhores programas alternativos; 2) Melhorar e manter a adesão às medidas do programa; 3) Combinar técnicas cognitivas e comportamentais com mudanças globais no estilo de vida; 4) Facilitar a

motivação e habilidades de enfrentamento para mudanças contínuas na vida; 5) Substituir padrões comuns por outras habilidades; 6) Maximizar a generalização; 7) Ensinar novas formas de lidar com o fracasso; 8) Usar sistemas disponíveis de apoio” (Rangé e Marlatt, 2008,p.89).

Assim, “outros modelos de aprendizagem de competências sociais podem contribuir para substituir padrões de consumo prejudiciais à saúde e apoiar o doente. Considerando que o consumo de álcool e a sua aprendizagem resulta das influências sociais, familiares e de pares que “modelam comportamentos, crenças e expectativas referentes ao álcool” (Rangé e Marlatt, 2008), surgem modelos de prevenção de comportamentos de recaída.

Seguidamente abordaremos o modelo de aprendizagem social que para alguns autores está na base do treino de competências sociais e particularmente neste contexto no treino das competências necessárias para fazer frente às situações de alto risco no caso dos comportamentos aditivos.

1.3.1. Modelo de aprendizagem social

O modelo de aprendizagem social foi criado por Albert Bandura e trata-se de uma das teorias mais influentes sobre o aprendizado. Albert Bandura criou a Teoria Social Cognitiva, anteriormente conhecida como Teoria da Aprendizagem Social.

Segundo Saiote (2012) citando Redman (2003) “na aplicabilidade da teoria encontramos conceitos pilares fundamentais, nomeadamente a aprendizagem através da observação, também designada de modelagem. “Os indivíduos podem aprender e formar regras de comportamento, através da observação de pessoas, filmes ou gravações de modelos, modelos simbólicos (...) também obtém informação através das consequências prováveis de uma acção modelada” (p.21). Deste modo, para Bandura (2008) os indivíduos aprendem através da observação que fazem do comportamento dos outros, e esta aprendizagem é tão mais eficaz se existir identificação de aproximação entre o indivíduo observador e o modelo (a mesma idade, etnia, sexo, experiências), e os resultados ou consequências que advém dos seus comportamentos. “O conhecimento de processos de modelação oferece orientações informativas sobre como proporcionar que as pessoas efetuem mudanças pessoais, organizacionais e sociais” (Saiote, 2012,p.21). Ao citar

Bandura (2008) refere que o conhecimento de processos de modelação oferece orientações informativas sobre como proporcionar que as pessoas efetuem mudanças pessoais, organizacionais e sociais. O reforço é outro fator que pode ou não condicionar a repetição do comportamento e deste modo a sua aprendizagem. Por outro lado, quanto maior for a motivação para se ultrapassar os obstáculos no processo de aprendizagem de mudança comportamental, mais interiorizado irá estar o novo comportamento, melhores são as hipóteses de o continuar a manter após o processo de aprendizagem estar concluído (Saiote, 2012).

“A socialização define-se como a sequência de experiências de aprendizagem social em que o resultado é a integração do indivíduo na sociedade. Deste modo, a aprendizagem social é o processo fundamental da socialização, entendendo-se por qualquer modificação dos conhecimentos ou dos comportamentos como resultado da interação com as pessoas que constituem o nosso meio social “ (Saiote, 2012,p.21).

Esta teoria fundamenta-se em vários mecanismos, tais como: no condicionamento clássico e operante (formas de aprendizagem); na imitação e modelagem; na curiosidade e competência; na memorização e inteligibilidade; nas aspirações e expectativas e comporta três pressupostos: o da própria aprendizagem social, o do determinismo recíproco e o pressuposto da auto-eficácia. O primeiro pressuposto dita que a aprendizagem ocorre por observação de um modelo, o que implica a ocorrência de quatro fases: a da modelagem (observação em si), a da reprodução ou prática do comportamento observado, a da monitorização (feedback que se recebe pela execução do comportamento) e, por último, a fase do aperfeiçoamento e reforço. O segundo pressuposto determina que as pessoas, comportamentos e ambientes interagem reciprocamente. Finalmente, o pressuposto da auto-eficácia estabelece que quer as aprendizagens se verifiquem diretamente através da prática, quer as que se verifiquem indiretamente através da observação ou persuasão, são sempre orientadas cognitivamente através da construção de teorias de auto-eficácia que regulam o comportamento dos indivíduos estabelecendo as tarefas que escolhem, bem como o esforço e a persistência na realização das mesmas (Infopédia,2016).

1.3.2. Modelo de aprendizagem cognitiva

As técnicas básicas da terapia cognitiva na aplicação no doente com abuso de álcool implicam, em primeiro lugar, o fortalecimento da aliança terapêutica através do entendimento empático do problema do doente, em combinação com a aceitação incondicional. A relação terapêutica e a conceitualização das situações desempenham um importante papel. É através delas que o terapeuta pode entender a dor e os medos associados à hostilidade e resistência do doente. É essencial explorar o significado e função das ações aparentemente oposicionistas e autodestrutivas do doente, avaliando as crenças sobre a terapia, mas também é importante avaliar as próprias crenças do terapeuta sobre o doente. Saber como usar sentimentos desagradáveis, na relação terapêutica como algo útil e lucrativo para o processo terapêutico é uma competência fundamental (Rangé e Marlatt, 2008).

As teorias de aprendizagem cognitiva centram-se no papel da compreensão. A cognição implica a compreensão da relação entre causa e efeito e, entre a ação e a sua consequência. As estratégias cognitivas são planos mentais usados pelo indivíduo para se compreender a si próprio e para compreender o ambiente envolvente. O terapeuta deverá essencialmente analisar e tentar ajudar o doente a modificar as suas expectativas negativas e positivas (consecutivas ao desmame e à abstinência), contribuindo para a sua eficácia pessoal (Rahoui e Reynaud, 2008). No entanto, a terapia cognitiva é uma abordagem estruturada ou semiestruturada, diretiva, ativa e de curto prazo. Fundamenta-se na racionalidade teórica de que o afeto e o comportamento de um indivíduo são, em grande parte, determinados pelo modo como ele estrutura o mundo. Neste sentido, mais importante do que a situação real, é a avaliação que o indivíduo faz a respeito dela, pelo que a terapia cognitiva contrasta ao dar maior ênfase às experiências internas (pensamentos, sentimentos, desejos) (Silva e Serra, 2004). Neste contexto, torna-se fundamental avaliar qual a motivação para a aprendizagem e para a mudança do comportamento prejudicial à saúde. Seguidamente descreve-se o modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente, que permite a avaliação da motivação e a identificação dos vários estádios da mudança.

1.3.3. Modelo Transteórico de Prochaska e Diclemente

Para apoiar o doente na fase de tratamento, devemos estar atentos para a motivação que o doente apresenta para alterar o comportamento prejudicial e que interfere com o processo terapêutico.

Segundo Miller e Rollnick (2001) a motivação é um estado de prontidão ou de avidez para a mudança, que pode oscilar de tempo a tempo ou de uma situação para outra. Os autores descrevem o modelo de James Prochaska e Carlo Diclemente (1982), como um modelo útil de como ocorre a mudança. Nele demonstram uma série de estágios pelos quais os indivíduos passam, conforme a alteração de um problema. Esses estágios aplicam-se à mudança por si próprios e à mudança assistida pela terapia. Isto é, em terapia ou não, as pessoas parecem passar por estágios semelhantes e empregar processos de mudança também semelhantes. Dentro desta abordagem, a motivação pode ser compreendida como o estado ou o estágio da disposição para a mudança de uma pessoa. Este é um estado interno influenciado por fatores externos (Prochaska e Diclemente, 1982).

Para Diclemente (2001) “os indivíduos passam da falta de consciência ou disposição para fazer algo sobre o problema, para a consideração da possibilidade de mudança, e daí para a determinação e para a preparação para essa mudança ao longo do tempo. O doente pode chegar a qualquer ponto desse ciclo e por isso o desafio do terapeuta é, primeiro, entender onde ele se posiciona e então ajudá-lo.” De acordo com o mesmo autor, a motivação envolve ao mesmo tempo “motivos “ e “movimento” sendo estas duas noções confundidas, com frequência. Para alguns terapeutas, o objetivo da motivação é a ação ou uma mudança comportamental específica. Embora a finalidade das estratégias motivacionais, muitas vezes, seja a mudança comportamental, é importante reforçar que motivos e motivações, são necessários para passar-se de um estágio a outro em todos os estágios, e não simplesmente no da ação. Desta forma dá-se especial importância à resistência, à ambivalência e ao comprometimento sendo entendidos com mais clareza no contexto dos estágios (Diclemente, 2001).

O modelo Transteórico da Mudança desenvolvido por Prochaska e Diclemente (1982) caracteriza-se por “um processo dinâmico como uma espiral onde se encontram vários estágios” por onde o doente transita. Os autores descrevem

os seguintes estágios do modelo da seguinte forma: 1) Pré-contemplação (pré-ponderação), os pré-contempladores não veem o comportamento como um problema e não querem considerar a mudança. São considerados resistentes ou em “negação” e apresentam razões designadas como os “quatro Rs” – relutância, rebeldia, resignação e racionalização; 2) Contemplação (Ponderação) - o facto de o doente estar disposto a reconhecer o problema e a possibilidade de mudar, oferece uma esperança. Embora reconheça o problema, o doente pode deparar-se com a ambivalência. O contemplador tanto considera a mudança como a rejeita. No entanto, a ambivalência pode fazer da contemplação, uma condição crónica e ser extremamente frustrante; 3) Determinação – Compromisso com a ação: a decisão de dar os passos adequados para parar com um comportamento/problema ou adotar um comportamento positivo é o que caracteriza o posicionamento do doente no estágio da determinação. Os doentes parecem estar prontos e comprometidos com a ação. Este estágio representa uma preparação, assim como uma determinação; 4) Ação – Implementação do plano: o doente compromete-se com ações específicas para chegar a uma mudança. Apoiar os doentes a aumentar a auto-eficácia é uma tarefa fundamental neste estágio; 5) Manutenção - Neste estágio de mudança bem-sucedida, o comportamento alterado e mais adequado está estabelecido com firmeza e a ameaça de recaída ou de um retorno aos padrões antigos torna-se menos frequente e intenso. O doente ao conseguir atingir a abstinência toma decisões no sentido de manter o comportamento atual;

6) Recaída – a recaída é possível, tanto no estágio da ação como no da manutenção. Pode ocorrer por várias razões. Os indivíduos podem experimentar a tendência de desejo (de consumo) particularmente forte e inesperado e não serem capazes de enfrentá-lo com sucesso. Por vezes, a não preocupação com o risco ou o testar-se a si próprio, inicia um retrocesso. Na maioria das vezes, a recaída não ocorre automaticamente, mas sim gradualmente após um deslize inicial (Diclemente, 2001).

1.3.4. Entrevista motivacional

A entrevista motivacional é um meio de apoiar a pessoa a reconhecer e fazer algo a respeito do seu problema presente ou potencial. É particularmente útil com pessoas que resistem em mudar e que são ambivalentes quanto à

mudança. Trata-se de uma técnica que pretende ajudar a resolver a ambivalência e colocar a pessoa no caminho para a mudança. Cria uma abertura para a mudança que pavimenta o caminho para o trabalho terapêutico que se segue (Miller e Rollnick, 2001). Segundo os mesmos autores as estratégias da entrevista motivacional “são mais persuasivas do que coercitivas, mais encorajadoras do que argumentativas. A meta final é aumentar a motivação intrínseca do doente de modo a que a mudança venha de dentro, em vez de ser imposta de fora” (Miller e Rollnick, 2001, p.62).

A motivação é encarada como dinâmica, não estática e influenciável por fatores externos, tais como o terapeuta. Se o doente dependente permanece pouco tempo no tratamento, é necessário realizar uma intervenção rápida com o principal objetivo de promover condições de mudança e prevenir a recaída (sendo esta ou não uma condição crónica no doente dependente de álcool).

De acordo com Miller e Rollnick (2001), o terapeuta frequentemente avalia a “motivação” de uma pessoa a partir de uma série de comportamentos tais como: concordar com o terapeuta, aceitar o diagnóstico (por exemplo, admitir que é alcoólico), expressar vontade ou necessidade de ajuda, manifestar angústia com a sua condição e seguir as orientações fornecidas. Por outro lado, o terapeuta pode estar a apoiar uma pessoa desmotivada, resistente ou em negação, se esta manifestar comportamentos contrários como: discordar com o terapeuta, recusar-se a aceitar o diagnóstico ou a avaliação, não expressar qualquer vontade ou necessidade de ajuda, não parecer angustiada em relação à sua condição atual e não seguir os conselhos do terapeuta.

Neste contexto, “a dúvida surge no que se julga ser a motivação, pelo que o doente diz, e nesta abordagem, a preocupação centra-se no que o doente faz, já que o que o que fala, não é garantia de que fará, o que verbalizou. Assumir um diagnóstico não prediz sucesso de tratamento: muitos dependentes dizem que, o são, mas não mudam e outros que não se categorizam conseguem mudar. Não é raro as pessoas dizerem algo e agirem de modo diferente” (Jungerman e Laranjeira, 1999,p. 2). O incentivo para a mudança pode ser evidente na adesão da pessoa ao plano terapêutico estabelecido em comum. Neste sentido, a visão da motivação torna-se mais prática e otimista, e o comportamento contrário não será encarado como um traço de personalidade, ou mesmo, como um fator interno.

Ao considerarem as vantagens de uma técnica que visa estimular para a mudança, como a entrevista motivacional, Miller e Rollnick (2001) definem cinco princípios que estruturam a entrevista motivacional:

- 1) Expressar empatia;
- 2) Desenvolver a discrepância;
- 3) Evitar a argumentação;
- 4) Acompanhar a resistência;
- 5) Promover a autoeficácia” (Miller e Rollnick, 2001, p.64).

O primeiro princípio relaciona-se com a expressão da empatia na relação terapêutica sendo uma característica essencial da entrevista motivacional. “ A capacidade terapêutica da “empatia apurada” descrita por Carl Rogers (1989) demonstrou ser indicativa do sucesso no tratamento de problemas com o álcool. Tal estilo de aceitação empática e de escuta reflexiva é empregue desde o início e durante todo o processo da entrevista motivacional. A atitude que fundamenta o princípio da empatia pode ser chamada de “aceitação. Por intermédio da escuta reflexiva, o terapeuta busca compreender os sentimentos e as perspectivas do doente sem julgar, criticar ou culpar. É importante referir que a aceitação não é a mesma coisa que concordância ou aprovação (...). A ambivalência é aceite como algo normal da experiência humana e da mudança e não, como um traço patológico ou defesa pernicioso” (Miller e Rollnick, 2001, p.64, 65).

Outros autores como Jungerman e Laranjeira (1999) consideram que a técnica de escuta reflexiva é específica da entrevista motivacional. Não é tão vantajoso apenas ouvir o que o doente diz mas o elemento essencial está em como o terapeuta responde ao que ouve. O terapeuta de certa forma, compreende o que o doente quer dizer, decodificando o que ouve e retribui a informação ao doente (como uma afirmação) e espera que este reflita sobre o que ouviu.

O segundo princípio da entrevista motivacional passa por “ampliar na mente do doente, a discrepância entre o comportamento presente e as metas a atingir. O melhor modo de compreender este processo é simplesmente, como uma discrepância entre “onde se está e onde se quer estar” (Miller e Rollnick, 2001,p. 65).

A discrepância pode ser desencadeada pela ”consciencialização das perdas pelo percurso do comportamento atual. Quando um comportamento é visto como conflituante em relação às metas pessoais importantes, tais como a

própria saúde, o sucesso, a felicidade da família ou a autoestima positiva, é provável que a mudança aconteça” (Miller e Rollnick, 2001, p.66).

Segundo os mesmos autores o terceiro princípio na entrevista motivacional apoia-se na ação de não permitir que haja argumentações e confrontos diretos com o doente sendo aplicado um estilo “ gentilmente persuasivo. A entrevista motivacional é confrontadora no seu objetivo: aumentar a consciencialização dos problemas e a necessidade de fazer algo em relação aos mesmos. Um observador casual dessa abordagem de aconselhamento, provavelmente não a rotularia como “confrontadora. (...). A resistência do doente torna-se fortemente afetada pelo modo como o terapeuta responde à mesma e também durante o tratamento sendo indicativa do fracasso para mudar” (Miller e Rollnick, 2001, p. 67)

Por outro lado, uma das metas da entrevista motivacional foca-se em evitar abordagens que levem à resistência no doente. Perante esta, o terapeuta deve mudar de estratégia atendendo ao quarto princípio da técnica de entrevista.

Este princípio envolve o acompanhamento da resistência do doente. Ao usar a resistência do doente, esta pode ser um benefício para o mesmo tornando-se útil no processo terapêutico. “O doente começa por alterar as suas perceções e novas perspetivas são oferecidas mas não impostas. Pressupõe-se que o doente é um individuo capaz, com insights e ideias importantes para a solução dos seus problemas. Acompanhar a resistência, portanto, inclui envolvê-lo ativamente no processo de solução do problema” (Miller e Rollnick, 2001, p. 68). O quinto princípio fundamental na entrevista motivacional envolve o conceito de autoeficácia. Embora a autoeficácia possa ser influenciada pela autoestima como um todo, é muito mais específica. Essencialmente, autoeficácia significa confiança na própria capacidade de enfrentar uma tarefa ou um desafio específico. Um doente pode, por exemplo, sofrer devido à autoestima muito baixa, mas ainda assim, ser persuadido de que é possível, dentro da sua capacidade, mudar um determinado problema (Miller e Rollnick, 2001).

Outras técnicas de intervenção psicoterapêutica podem ser desenvolvidas com o objetivo de prevenir a recaída no doente adito.

Rangé e Marlatt (2008) referem-se ao modelo de prevenção da recaída e ao modelo cognitivo de abuso de substâncias, como modelos que se

integram na abordagem cognitivo-comportamental no tratamento dos problemas ligados ao álcool. Seguidamente descrevemos algumas das técnicas aplicadas, de acordo com a característica da pessoa ou grupo terapêutico na prevenção da recaída.

1.3.5. Modelo cognitivo comportamental na prevenção da recaída

Para se considerar que houve uma recaída, exige-se que o doente tenha conseguido pelo menos, dois meses de abstinência (Alvarez, 2007).

A recaída é uma das fases do processo de reabilitação do doente e não o seu final em que o indivíduo reinicia o consumo de álcool da mesma forma que o fazia, antes de iniciar um programa de tratamento. A prevenção de Recaída assenta no princípio de que a dependência química é um hábito inadequado adquirido e pode ser modificado, com a colaboração do doente. Para Marlatt (1994) trata-se de um conjunto de técnicas cognitivo e /ou comportamentais que visa a manutenção da mudança alcançada no tratamento, através da identificação das situações de risco e mecanismos de resposta de autoeficácia perante as mesmas. Esta tem como finalidade capacitar o doente para a alteração de comportamentos aditivos.

“O doente pode apresentar dois tipos de resposta perante uma situação de alto risco: enfrenta de forma positiva, a situação ou, não tem qualquer resposta à situação de risco. No primeiro caso, podemos afirmar que ao ter uma resposta adequada de proteção em relação ao consumo, aumenta a sua capacidade para atingir uma meta e diminui a probabilidade de recaída. No segundo caso, a não resposta à situação de risco leva à diminuição da autoeficácia por parte do doente, aumentando a probabilidade para a Recaída” (Silva e Serra, 2004, p. 37).

Paralelamente, Rangé e Marlatt (2008) fazem referência (em estudos empíricos de Marlatt (1994) e de Marlatt e Daley (1997), às determinantes intrapessoais e interpessoais como situações de recaída, e dividem-nas em Determinantes intrapessoais: “Emoções negativas e estados físicos negativos, teste de controlo pessoal, desejos e tentações e em Determinantes interpessoais: conflitos interpessoais, pressão social, estados emocionais positivos” (Rangé e Marlatt, 2008, p.90).

Para além das determinantes que podem levar à recaída, distingue-se no modelo de Prevenção da recaída o conceito de lapso e o de recaída. Assim, “o lapso é a violação inicial da abstinência. É uma área de transição para a recaída, porém, não necessariamente o desfecho precisa ser a recaída. Esta é definida como um retorno ao uso continuado que nem sempre é igual ao padrão de uso anterior à abstinência.” (Silva e Serra, 2004, p. 37).

Para prevenir a Recaída, os autores distinguem sete técnicas de Prevenção da Recaída: a identificação do estado de motivação; identificação das situações de risco; a mudança de estilo de vida; identificação do processo de recaída; identificação das decisões aparentemente irrelevantes que podem estar relacionados com o início do Processo de recaída; pensamentos disfuncionais do doente, permitindo que este os identifique e os reconheça com base na realidade e a identificação das situações de alto risco que levaram à recaída.

Paralelamente às terapias e aos programas de tratamento de alcoolismo, surgem equipas multidisciplinares em que cada elemento atua como gestor de cuidados no apoio ao doente com PLA.

Seguidamente abordamos o conceito de gestor de caso/ gestor de cuidados, cada vez, mais presente no contexto, das competências do enfermeiro especialista na área da enfermagem em saúde mental e psiquiatria, no cuidado ao doente com doença mental associada ao alcoolismo.

1.4. Enfermeiro como gestor de cuidados no apoio ao doente com problemas de alcoolismo

De acordo com a Lei nº 35/2011 de 18 de Fevereiro (2011, p.8669), no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, “os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental.”

Neste sentido, Gonzalez (2003) refere-se ao conceito que surgiu nos anos quarenta com o seu fortalecimento nos anos setenta, e direciona a gestão de caso, para pessoas com doença prolongada, sujeitas a tratamentos específicos

e com necessidades emergentes. O mesmo autor define “gestão de caso (*case management*)” como uma metodologia usada na gestão de apoio ao doente. Consiste na definição de uma equipa de saúde (em algumas organizações pode ser um único profissional) que se responsabiliza pela atenção do doente durante todo o processo clínico e faz a avaliação sobre a necessidade de apoio e sobre os serviços prescritos e fornecidos. Essa equipa tem responsabilidade de coordenar a atenção à saúde por meio de todos os serviços e instituições que compõem um sistema de saúde, determinar o nível adequado da prestação dos serviços e de verificar o cumprimento do plano de tratamento pelo doente” (Gonzalez, 2003, p.228)

A gestão de caso tem sido, de maneira geral, definido como um sistema multidisciplinar para a avaliação da saúde, planeamento das intervenções e sua monitorização, para alcançar as múltiplas necessidades dos doentes. Pode ser desempenhada por qualquer membro da equipa, desde que demonstre capacidades técnico-científicas e relacionais. O importante é que o profissional esteja preparado para a problemática que predomina em cada situação (Martins e Fernandes, 2008).

O enfermeiro, como gestor de caso, passou a ter um papel fundamental, desenvolvendo intervenções do âmbito psicoterapêutico, psicossocial e psicoeducativa durante a fase de tratamento e posteriormente na fase de prevenção da recaída. Assim, a prática da enfermagem deve assentar na base teórica e fundamentar-se em modelos de enfermagem que permitam a melhoria dos cuidados.

Tendo por base um modelo teórico de enfermagem fundamental para o planeamento dos cuidados de enfermagem, importa compreender e adotar o que melhor se adequa às características e necessidades do doente e às próprias características do enfermeiro enquanto gestor de cuidados, pelo que optamos pela abordagem da Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau (1990) na perspetiva da enfermagem psicodinâmica.

1.5. Teoria de Hildegard Peplau na perspetiva da enfermagem psicodinâmica

Na teoria das relações interpessoais, a autora descreve a enfermagem como um processo terapêutico e interpessoal, que funciona de forma

cooperativa com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos no seio das comunidades. Valoriza a relação terapêutica entre o doente e o enfermeiro preparado para reconhecer e responder às necessidades do doente, permitindo a aprendizagem deste, na solução do problema partilhado. Na fase seguinte abordamos a teoria da autora na sua perspetiva da enfermagem psicodinâmica.

Para Peplau (1990), a finalidade da prática de enfermagem, na relação interpessoal é aquela em que duas pessoas se conhecem o suficiente para enfrentarem de forma cooperativa, os problemas que surgem. A relação da enfermeira com o doente pode ser representada por um *continuum* em que no extremo estão dois indivíduos com metas e interesses diferentes e no outro extremo, os mesmos, que colaboram para a solução de um problema partilhado. Essa relação acabará por situar-se no ponto do *continuum*. A enfermagem pode ser entendida como um processo interpessoal pelo fato de envolver interação entre duas ou mais pessoas, com uma meta comum. Na enfermagem, essa meta comum proporciona a motivação para o processo terapêutico, no qual a enfermeira e doente se respeitam mutuamente, aprendendo em conjunto e desenvolvendo-se como resultado da interação. As metas a atingir são obtidas através do uso de uma série de passos que seguem um determinado padrão terapêutico em que há flexibilidade na forma como a enfermeira procede na prática, desenvolvendo competências técnicas e pessoais fundamentadas no conhecimento científico (Peplau, 1990).

O enfermeiro deve compreender o conceito de saúde, como uma força dinâmica em que as trocas influenciam as decisões ao planear a intervenção de enfermagem, não esquecendo, a cultura e os costumes do doente. A enfermagem passa a ser uma força de desenvolvimento e um instrumento educativo. Para atingir o conhecimento relativamente ao processo terapêutico, a enfermeira deve compreender claramente o que o doente comunica; a forma como o faz; que necessidades apresenta; como as expressa e o que acontece, quando são satisfeitas estas necessidades humanas.

Peplau (1990) sugere que o doente passe por quatro fases, no seu progresso para a saúde e enquadra-as nas fases do processo de enfermagem. A orientação, a identificação, a exploração e a fase de resolução que correspondem às quatro fases do processo de enfermagem. Cada uma das

fases interrelacionam-se, à medida que o processo evolui na direção da resolução dos problemas do doente. A orientação sobre o problema ajuda à expressão das necessidades e sentimentos, a reativação dos antigos e dos mais recentes, criados pelos desafios de uma nova situação. Segundo a autora, a fase de identificação proporciona o apoio incondicional da enfermeira na satisfação das necessidades e dos problemas encontrados. A fase de exploração permite perceber o problema de forma diferente e leva ao desenvolvimento de competências adequadas à resolução do problema através da relação interpessoal estabelecida entre a enfermeira e o doente. A fase de resolução implica a libertação gradual da identificação com as pessoas que proporcionaram a criação e fortalecimento da capacidade para atuar por si próprio (Peplau, 1990).

Perante a pessoa com doença mental em crise aguda ou de evolução prolongada e na dimensão psicodinâmica, podem ser desenvolvidas com estas pessoas, atividades de grupo (terapêutico) em contexto psicodinâmico, com uma base teórica de enfermagem. Surgem contributos importantes descritos por vários autores, através das técnicas expressivas e de criatividade aplicadas a grupos de pessoas com doença mental em contexto hospitalar ou em contexto da comunidade, sendo abordados seguidamente.

1.6. Contributo das técnicas expressivas na pessoa com doença mental

Seguidamente abordaremos de forma sucinta, em que medida, as técnicas expressivas e os mediadores expressivos podem contribuir para a aquisição de respostas adaptativas que permitam ao doente recuperar a sua saúde mental ou adaptar-se à sua doença mental de evolução prolongada.

A terapia pela arte tem um propósito de intervenção que tem um triplo objetivo: ajudar a tratar, recuperar, reorganizar, compensar as incapacidades; desenvolver, melhorar e potencializar as capacidades que se mantiveram e satisfazer necessidades relacionadas com o alívio do sofrimento (Sousa, 2005).

Os modelos de psicoterapia com mediadores expressivos e criativos (a expressão e a criação plástica) permitem que a expressão surja, não necessariamente pela via verbal sendo fundamental em determinadas situações patológicas. Esta temática será abordada na fase seguinte.

1.6.1. Expressão

As terapias expressivas definem-se pelo uso da arte, música, dança, movimento, drama, poesia, escrita criativa e jogo no contexto da psicoterapia, aconselhamento, reabilitação ou cuidados de saúde. Adicionalmente, as terapias expressivas podem ser designadas como “abordagens integrativas quando usadas em combinação com o tratamento. Quando o terapeuta está habilitado a incluir estas várias capacidades expressivas no seu trabalho com doentes, melhorará as capacidades em cada indivíduo para comunicar de forma eficaz e com autenticidade” (Malchiodi,2005,p. 2). A autora faz referência a Knill et al (1995) que observaram que a maioria das terapias expressivas envolvem uma ação, com diferenças inerentes. Por exemplo, a expressão visual conduz a uma maior privacidade, trabalho isolado que pode levar à melhoria do processo individual; a música pode despertar sentimentos, conduzindo à melhoria da socialização quando as pessoas participam ou tocam um instrumento e a dança ou movimento podem oferecer oportunidades de interação nas relações. (Malchiodi,2005, p. 3).

Tal como afirmam Morais et al (2013) “com o intuito de tratar os transtornos mentais, muitas terapias alternativas e expressivas têm sido utilizadas tais como: a terapia ocupacional, o desporto, o psicodrama, o uso de animais, o lúdico, as histórias e a arteterapia e dentro desta, o teatro, a dança, a música, o desenho, a pintura e a modelagem” (p.3). Cada forma de expressão na terapia tem propriedades únicas e as regras no trabalho terapêutico dependem da sua aplicação, da prática, dos doentes, das configurações e dos objetivos.

Quando um doente desenha ou pinta, não o faz com a intenção de criar qualquer obra para ser contemplada ou avaliada. O objetivo da sua ação criadora não é o desenho ou a pintura em si, mas a procura da transformação das suas forças inconscientes. Desta forma, “a expressão é a formulação da sensação” mas no entanto não se define por palavras suficientemente claras ou abrangentes, permitindo uma definição completa do fenómeno de expressão (Stern, 1974, p. 18).

Outro conceito surge na Infopédia (2016) sendo a expressão o ato ou efeito de exprimir; a manifestação de pensamentos por gestos ou palavras; o modo de comunicar; a manifestação de um sentimento ou emoção ou a representação de uma forma abstrata ou inanimada, entre outras designações.

Para Stern (1974, p. 18) “através do ato da expressão de pintura (por exemplo), desenvolvem-se outros atos até à perfeição, uma função que se manteve embrionária, e que através da atração pela atividade em si, transformando-se em energias e num “ novo órgão em que às necessidades vitais, o autor acrescenta a da expressão.” Neste sentido, a criação plástica proporciona ao doente um campo de expressão psicológica, que, por outras vias, seria mais difícil de exteriorizar. Não interessa *o que* o doente desenha nem *como* ele o faz. Interessa apenas que o faça. Importa que manifeste a expressão e não o seu produto. O doente não tem que desenhar, pintar ou construir adequadamente mas é levado pela natural expressão da sua vida emocional e sentimental (Sousa, 2005).

Por outro lado, a expressão não pretende ser incoerente nem destruidora, para além do controlo da razão, mas com afirma Stern (1975, p. 29), “possui a sua própria moral embora estranha a qualquer sistema.” Este considera que o ato da expressão ultrapassa as barreiras convencionais, constituindo um desafio às limitações dos costumes banais. Desta forma, não deve ser feito qualquer juízo estético ou avaliação psicológica, quando se assiste ao ato criativo.

Tal como afirma Sousa (2005), procurar avaliar, interpretar, catalogar um trabalho produzido, com critérios de técnica ou estética, serve para criar dificuldades e inibir a acção. Um desenho ou uma pintura produzidos em situações psicoterapêuticas não devem ser considerados como obras de arte.

Assim “o sujeito expressa-se pelo prazer que proporciona e pela urgência que tem de se expressar, sendo a sua acção a catarse das suas forças inconscientes mais profundas (...). Neste sentido, a expressão é pessoal, inconsciente e resultado da vida emocional e sentimental do indivíduo (Sousa, 2005, p. 259).

A terapia pela expressão pode ser reforçada quando um doente tem o tempo e espaço para centrar a sua consciência na mais profunda autoreflexão. Isso acontece quando a harmonia se estabelece e quando um doente se sente seguro. As atividades que um terapeuta aplica na terapia expressiva podem caracterizar-se pela da construção da relação, desenvolvendo a consciência somática, a expressão segura, com o apoio da emoção, a integração e a reflexão sobre o futuro. Exceto na crise, a tarefa de construção da relação é considerada como pré-requisito para lidar eficazmente com as questões do

doente, e precedem um foco como a ativação de emoções. Promover tempo e espaço que permita a percepção, da forma como o doente vê o mundo é um dos aspectos fundamentais da terapia expressiva (Pearson e Wilson, 2008).

Outra forma de expressão importante a ter em consideração no processo terapêutico da pessoa está ligado à função da criatividade.

1.6.2. Criatividade

A relação entre saúde mental e criatividade pode observar-se nos comportamentos livres e eficientes nas pessoas capazes de apresentar um nível mínimo de consciência e capacidade de encontro com as experiências da vida. Uma pessoa considerada com saúde mental pode lidar com a realidade de forma construtiva, ainda que essa realidade seja negativa e ameaçadora e encontrar meios para enfrentá-la. A criatividade pode contribuir para a mudança de comportamentos do passado e substituí-los por outros mais atuais e adequados. (Molina e Arnaiz, 2003).

Para as autoras, “a criatividade é um processo de esforço contínuo em que velhos comportamentos podem ser substituídos por comportamentos novos. Pode-se estabelecer como característica comum entre a loucura e a criatividade, uma raridade, que ambas são algo pouco corrente, distinto e anormal. A diferença encontra-se numa das características do pensamento criador, a capacidade para estabelecer novas relações entre elementos ou para integra-los de forma distinta” (Molina e Arnaiz, 2003, p.227).

Pela criatividade, a pessoa sente que a vida merece ser vivida, contrariamente, à submissão com a realidade externa, onde o mundo é reconhecido apenas como algo a nos devemos adaptar.

Ainda assim, para Winnicott (1975) viver de forma criativa constitui uma atitude saudável, contrariamente, à submissão em relação à realidade exterior do mundo, constituindo esta, uma base para a doença. Desta forma, “ a criatividade relaciona-se com a abordagem do indivíduo à realidade externa. Supondo-se uma capacidade cerebral razoável, inteligência suficiente para capacitar o indivíduo a tornar-se numa pessoa ativa e tomar parte na vida da comunidade, tudo o que acontece é criativo, exceto na medida em que o indivíduo é doente ou foi prejudicado por fatores ambientais que sufocaram os seus processos criativos” (Winnicott, 1975, p. 98).

A criatividade é a capacidade cognitiva que permite ao homem pensar de modo antecipatório, imaginar, inventar, prever e projetar de modo mais ou menos consciente e voluntário. A palavra criação possui porém, dois sentidos: o do ato de realizar qualquer ação criativa, construtiva, no caso da expressão plástica, os atos de desenhar, de pintar, de modelar, e o da obra em si, criada por esta ação. Mesmo durante o processo de desenhar (de pintar ou de modelar) o cérebro não pára, no ato criador, derivando por isso muitas vezes, a ação criadora, para outras direções e realizações que se afastam do propósito inicial. É esta elaboração mental que interessa do ponto de vista terapêutico e não o produto final, a obra terminada (Sousa, 2005).

O terapeuta deve encarar a expressão plástica daquele que produz a obra, como uma projeção da sua personalidade e das suas dificuldades e como tal, compreender que as “proporções erradas” expressam normalmente, uma experiência e não devem, por isso, ser corrigidas. Neste contexto “o cuidar pode ser melhorado e complementado por imagens visuais e os seus próprios processos criativos de atividades artísticas, a fim de mobilizar os sujeitos, as suas emoções e intenções para a realização e manutenção de bem-estar físico, mental e espiritual” (Lopera, 2012, p.7).

Outro aspeto fundamental a considerar prende-se com as técnicas e os materiais aplicados nas terapias expressivas, pelo que passarei a aborda-los seguidamente.

1.6.3. As técnicas e os materiais

As técnicas e os materiais são fundamentais para a expressão e criação plástica e uma das principais preocupações quando se pretende aplicar no processo de criação, pois é através destes que o indivíduo se irá expressar.

Read (1982) citado por Pinela da Rocha (2010) “considera que as técnicas selecionadas e o material usado estão intimamente ligados aos fatores emocionais, sentimentais e cognitivos do indivíduo, que vai tendo a necessidade crescente de as diversificar para se expressar da melhor maneira à medida que as suas experiências se desenvolvem. “ (p.25) A mesma autora esclarece que as técnicas e os materiais não devem ser considerados objetivos terapêuticos ou áreas de execução técnica ou ensino, mas áreas de total liberdade de exploração criativo-expressiva, que devem estar ao serviço das

carências do indivíduo servindo apenas para permitir a expressividade deste. Segundo a autora, o terapeuta deve encarar o material como uma forma de satisfazer as faltas do indivíduo e não como um meio de ensinar técnicas artísticas (Pinela da Rocha, 2010).

De acordo com Sousa (2005), as técnicas mais aplicadas são o desenho, a pintura e a modelagem e os materiais mais apropriados são os lápis, carvão, papel, tintas, pinceis e telas. Tal como a linguagem e as palavras são importantes para a expressão verbal, assim são as técnicas e os materiais para a expressão plástica. Compete ao terapeuta procurar o material mais adequado para cada situação particular. Neste contexto, para Bresson (2010) um das formas de acesso ao inconsciente pela atividade artística é a lembrança de eventos da infância ou do passado. A arte pode ser usada para representar uma forma consciente de eventos passados ao trabalhar com os materiais. Embora o evento do passado que interferiu de forma negativa, não possa ser modificado ou excluído, este pode ser solucionado com segurança, quando exteriorizado através de um objeto ou imagem, convidando-o a pessoa a ver o que está na memória sob outra perspectiva, passando a exercer o controlo sobre sua vida, e, neste caso, o controle sobre a peça criada especificamente.

Por exemplo na criação pela moldagem do barro, Chieza e Fabietti (1999) citados por Teixeira (2006) consideram que o contato com o barro “ desperta a sensibilidade, alivia as tensões e satisfaz os mais profundos e primitivos instintos humanos da natureza criativa” (p.29). O trabalho com argila provoca ao indivíduo sentimentos e emoções profundas, por ser um material primitivo, remete ao inconsciente, trazendo conteúdos escondidos que necessitam ser trabalhados.

Podemos concluir que o trabalho artístico individual ou em interação no grupo permite trabalhar internamente os sentimentos de cada doente, através da representação das peças criadas, e reforça o autoconhecimento e a identidade pessoal. No subcapítulo seguinte abordamos de que forma a interação em grupo pode contribuir para o processo terapêutico no doente com doença mental.

1.6.4. O grupo como processo terapêutico

No sentido de complementar as minhas competências pessoais e profissionais como enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental, na assistência a pessoas ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde, procurei adquirir e fundamentar conhecimentos científicos que contribuam para a implementação “de intervenções psicoterapêuticas e socioterapêuticas, individuais, familiares e no grupo, centradas nas respostas humanas ao processo de saúde/ doença mental e às transições” (Lei nº 35/2011, 2011, p. 8773). Neste contexto foi necessário compreender como o grupo e indivíduos doentes ou não, influenciam o tratamento psicoterapêutico.

O ser humano é um ser social e está inserido em grupo desde seu nascimento através da família. Com o passar do tempo, vai-se inserido em grupos fora do grupo familiar como os da escola e os grupos vizinhos, nos quais vai convivendo e aprendendo, formando seus conceitos, seus valores e construindo sua personalidade. Nessas relações, que a pessoa vai estabelecendo, ao longo de sua vida, vai elaborando diferentes formas de colocar-se no mundo, conhecer-se a si própria e as outras pessoas.

Contudo, no decorrer dos anos, surge uma transformação em adulto, com relações rígidas, no qual a novidade parece não ter espaço e nem o encantamento esperado. Alguns destes doentes optam pela terapia individual, quando parece estar mais indicada em determinados casos (Farah, 2009).

No entanto para a autora, o grupo terapêutico reúne pessoas diferentes cada uma com características diferentes em relação aos seus potenciais e às suas limitações, facilidades e dificuldades. Pouco a pouco, à medida que o grupo vai acontecendo, as formas peculiares dos membros de interagir com o mundo vão sendo reveladas. Importa ressaltar que as devoluções vão ocorrendo de forma progressiva durante o progresso do grupo. Como a maioria das relações, o grupo terapêutico inicia-se com um contato mais superficial que, com o passar do tempo, vai-se aprofundando e permitindo trocas mais frequentes e mais intensas (Farah, 2009).

Desta forma, a definição de grupo terapêutico apresenta semelhanças com outros grupos, mas tem as suas particularidades e diferentes conceitos. Farah (2009) ao citar Ribeiro (1994) descreve que um grupo terapêutico deve

transformar-se no grupo primário, cuja definição é a seguinte: “ é um grupo de pessoas caracterizado por uma associação ou cooperação face a face. É o resultado de uma integração íntima e da fusão de individualidades no todo comum, de tal modo que a meta e a finalidade do grupo são a vida em comum, objetivos comuns e um sentido de pertença, com um sentimento de simpatia e identidade” (p. 308).

Na formação de um grupo terapêutico, geralmente, os membros não se conhecem, o ambiente é novo e todos se reúnem com o objetivo de darem resposta aos seus problemas e dúvidas. No entanto, esse é um objetivo um tanto quanto, delicado e falar de experiências e vivências pessoais num grupo, que mal se conhece pode ser difícil. Por isso, compete ao terapeuta deixar bem clara a importância de manter confidencial tudo que é exposto no grupo, que os membros não devem comentar nada a respeito, com pessoas de fora do grupo, com a finalidade de preservar a identidade dos demais participantes e suas histórias (Farah, 2009).

Yalom (2006) afirma que “ a necessidade de pertencer é característica do ser humano e quando um grupo se forma o que está em jogo é a partilha afetiva do mundo interior de cada um e a aceitação dos outros membros do grupo” (Farah, 2009, p. 317). Verifica-se ainda que vários fatores contribuem para comprovar as vantagens das terapias em grupo.

Guerra e Lima (2005) descrevem doze fatores terapêuticos que sustentam o poder e a eficácia do grupo, nomeados por Yalom (2000) como necessários no processo terapêutico de grupo tais como: Inculcar a esperança sendo um pressuposto fundamental para a mudança; Universalidade garantindo nos seus membros que não são os únicos na vivência de alguns problemas e que os sentimentos de inadequação ou os sentimentos inaceitáveis são partilhados por vários membros; Informação participada em que toda a informação didática que é fornecida ao grupo, quer pelo terapeuta, quer pelos seus membros; Altruísmo como faceta do relacionamento humano tendo um efeito positivo a quem o oferece e não só a quem o recebe; Recapitulação “corretiva” do grupo familiar primário à semelhança do grupo terapêutico (com o ambiente familiar advém o confronto com vários membros que de alguma forma encarnam os diversos papéis da família, tais como a autoridade dos pais, a igualdade entre irmãos, os conflitos, as hostilidades e as

fortes expressões emocionais e as alianças); Desenvolvimento de competências sociais permitindo a aprendizagem de competências de relacionamento interpessoal; Modelagem sendo um processo frequente no seio dos grupos. Os seus membros procuram, junto do terapeuta e dos membros mais experientes, uma forma de identificação, que procuram genericamente imitar através dos padrões de comunicação destes; Catarse (conduta de imitação) sendo o processo interpessoal mais operacional pois propicia um contexto social de exteriorização do problema. A catarse está ligada com a coesão do grupo e esta é ainda mais eficaz quando já se estabeleceram os laços de apoio entre os seus membros); Fatores existenciais (os doentes que consideram ter tido sucesso na terapia de grupo expressam frequentemente que os aspetos existenciais são muito importantes no seu desenvolvimento pessoal); Coesão de Grupo, ao existir define o início da existência do grupo propriamente dito; Aprendizagem interpessoal que emerge normalmente associado a uma mudança de objetivos dos seus membros, desde a entrada destes no grupo (Guerra e Lima, 2005).

Desta forma podemos constatar que as intervenções psicoterapêuticas no grupo, associadas às técnicas expressivas permitem potencializar as capacidades mentais e sociais afetadas no doente mental. No capítulo seguinte passaremos a apresentar a metodologia aplicada no desenvolvimento do trabalho.

2 – METODOLOGIA

2.1. Problemática

O fenómeno da dependência de substâncias psicoativas cada vez mais tem sido foco de atenção nos países da União Europeia pelo que se verifica o seu enquadramento progressivo nas políticas nacionais, assim como o alargamento de políticas conjuntas. À semelhança de outros países da União, “as dependências contemporâneas (novas substâncias, novos padrões de consumo e novas doenças associadas) longe de apresentarem tendências decrescentes significativas, acarretam na atualidade toda uma nova complexidade em termos de necessidades de cuidados de saúde por parte dos consumidores e, conseqüentemente, de respostas dos serviços de saúde” (Lopes, 2012, p.26).

Segundo Almeida (2012), o aumento significativo de pessoas com problemas diretamente relacionados com o consumo de álcool e ao alcoolismo tem vindo a constituir uma das maiores preocupações dos profissionais de saúde que lutam pela promoção de estilos de vida saudável.

Associados à doença distinguem-se os seguintes PLA: Problemas Ligados ao Álcool no Indivíduo: efeitos agudos por um forte consumo de álcool; consequência de um consumo excessivo e prolongado de álcool; efeitos de um consumo de álcool em determinadas circunstâncias (gravidez, aleitamento menoridade); Problemas Ligados ao Álcool na Família do bebedor com perturbação da família e do lar; a descendência do alcoólico – crianças “filhas de alcoólicos” e suas perturbações; Problemas ligados ao Álcool no trabalho com diminuição de rendimento laboral; aumento do absentismo e accidentalidade; reformas prematuras; Problemas Ligados ao Álcool na Comunidade com perturbações nas relações sociais e de ordem pública (delitos, atos violentos, criminalidade; desemprego) e degradação da saúde e do nível de vida e bem-estar da comunidade para além dos acidentes de viação (Mello et al 2001).

A condição social, principalmente a marginalização social e as dificuldades económicas, estão associadas ao consumo de álcool e aos problemas. O ambiente e o contexto cultural em que o hábito de beber se

desenvolve, também afetam os modelos e desenvolvimento do consumo de álcool.

2.2. Caraterização dos campos de estágio

A escolha dos locais de estágio surgiu pela necessidade de adquirir competências específicas como enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria na vertente hospitalar e na vertente comunitária. Desta forma, o estágio foi realizado em dois locais e períodos distintos, respeitando as orientações académicas que o curso impõe: internamento de psiquiatria de adultos de um centro hospitalar na área da ARSLVT e numa Equipa de Tratamento, integrada no Centro de Respostas Integradas - CRI da Península de Setúbal.

2.3. Objetivos

Durante o estágio de prática clínica na comunidade e inserida na dinâmica de trabalho da Equipa de Tratamento foi possível o desenvolvimento de competências profissionais de acordo com os objetivos previamente estabelecidos:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria à pessoa dependente de álcool,
- Identificar necessidades da pessoa e família com problemas de alcoolismo,
- Adquirir competências na prevenção da recaída, através da técnica de entrevista motivacional na pessoa dependente de álcool.
- Planear intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico em contexto de grupo. Para atingir estes objetivos, foram planeadas intervenções de enfermagem em dois campos de estágio e de acordo com critérios de seleção dos participantes e da problemática em estudo.

2.4. Caraterização dos participantes

As intervenções de enfermagem desenvolveram-se em dois momentos da prática clínica que complementaram a aquisição de competências

profissionais específicas, no contexto de internamento e no contexto da comunidade. Desta forma, face à problemática relacionada com a dependência de álcool que o doente adito apresenta, foi dada especial atenção para uma das maiores dificuldades e motivos de abandono do tratamento: a ausência de motivação para modificar comportamentos de consumo e as recaídas frequentes.

No sentido de desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico, na prevenção da recaída apliquei o estudo caso como instrumento clínico em cada um dos contextos clínicos e a técnica de entrevista motivacional. Foram selecionados dois participantes na sequência do processo de recaída: primeiro participante, do serviço de internamento de psiquiatria e segundo participante integrado na comunidade e seguido na ET. Em ambas as situações, os doentes já tinham sido submetidos a tratamento farmacológico e psicoterapêutico, anteriormente.

Paralelamente, no serviço de internamento de psiquiatria, foi também, dado enfoque ao planeamento e implementação de intervenções de enfermagem no contexto de grupo, a doentes que apresentavam doença mental em crise aguda ou prolongada, desenvolvendo atividades de grupo. Foi estabelecido um número de participantes, entre 6 e 12 indivíduos. Os grupos foram constituídos da seguinte forma: Grupo com doze doentes; Grupo com oito doentes; Grupo com oito doentes. A seleção dos participantes foi realizada de acordo com os critérios de inclusão no grupo previamente estabelecidos, com idades compreendidas entre os 18 e os 58 anos, onde se contemplaram as condições psicopatológicas, as capacidades cognitivas e comunicacionais para a expressão de sentimentos e a partilha no grupo. Os grupos eram heterogêneos em relação ao género e em relação ao diagnóstico clínico. Foram excluídos os doentes que apresentavam agitação psicomotora, sonolência excessiva devido à medicação ou pensamento distorcido com atividade delirante intensa.

2.5. Procedimentos e técnicas implementadas

Ao longo de todo o estágio foram realizadas intervenções de enfermagem individualizadas e em contexto de grupo. Foram selecionados dois participantes previamente selecionados de acordo com o fenómeno de

enfermagem em estudo, em contextos diferentes (no serviço de internamento hospitalar e na comunidade). Para a aplicação das técnicas e dos procedimentos, foi solicitado consentimento verbal prévio a todos os participantes, respeitando a confidencialidade dos participantes. Seguidamente descrevem-se as principais técnicas e procedimentos que permitiram a realização das intervenções de enfermagem.

2.5.1. Estudos de caso

Com o objetivo de compreender o fenómeno em estudo recorreremos a uma abordagem metodológica de Estudo Caso, especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos num determinado contexto. Neste sentido, foram realizados dois estudos caso durante o período de estágio. O estudo caso apresenta características peculiares, pois incide intencionalmente sobre uma situação específica que se presume ser única ou especial, procurando descobrir o que há nela de mais fundamental e específico, compreendendo assim globalmente um determinado fenómeno ao qual o investigador atribui importância (Araújo et al, 2008).

Da mesma forma, Ponte (2006) define estudo caso como “ uma investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspetos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse” (Araújo et al, 2008, p.4). Assim, os Estudo de Caso basearam-se numa pesquisa intensiva e aprofundada de um determinado objecto de estudo, bem definido e que visou compreender a singularidade e globalidade dos casos clínicos, em simultâneo. Estes são apresentados nos apêndices I e II.

2.5.2. Entrevista motivacional

Sendo a entrevista motivacional, uma técnica de ajuda com o objetivo de apoiar o doente a reconhecer os seus problemas presentes, permitindo a resolução da ambivalência e a relutância em mudar de comportamento, promove também, a motivação para a mudança no mesmo, que deve ser intrínseca e não imposta por aquele que planeia a entrevista. Em ambas as

situações clínicas foi aplicada a entrevista motivacional, dividida em quatro momentos, permitindo, desta forma, a negociação e a adesão do doente a um plano terapêutico individual de prevenção da recaída. Neste sentido, foram tidos em consideração os cinco princípios gerais que estruturam a entrevista motivacional como: a expressão da empatia, o desenvolvimento da discrepância no doente, evitar a argumentação e confrontação, o acompanhamento da resistência e a promoção da autoeficácia. Foi elaborado um guião constituído por perguntas abertas e perguntas fechadas, de modo facilitar a identificação das experiências vividas, o desenvolvimento da doença, a identificação de estratégias de apoio e as metas no futuro. Como base teórica recorreremos aos princípios propostos por Miller e Rollnick (2001), ao modelo de prevenção de recaída Marlatt (1994) e às estratégias para a realização da entrevista motivacional, desenvolvidas por Sobell e Sobell (2008).

No guião da entrevista foram contempladas questões em cada sessão da entrevista assentando nas etapas de atuação de Marlatt (1994) para a prevenção da recaída da seguinte forma: perguntas alusivas à identificação do estado de motivação; perguntas alusivas à mudança de estilo de vida; perguntas facilitadoras da identificação do processo de recaída; perguntas que permitam a identificação das decisões aparentemente irrelevantes que podem estar relacionados com o início do Processo de recaída; perguntas direcionadas para a identificação das situações de risco por parte dos participantes; perguntas que permitam aos participantes identificar e reconhecer com base na realidade quais as situações de alto risco que os podem levar à recaída e como atingir metas no processo terapêutico. Relativamente, ao segundo participante, foram colocadas questões de forma a respeitar as etapas para a prevenção da recaída de Marlatt (1994) embora não obedecendo a um guião específico, pelo facto do segundo participante apresentar dificuldade em se expressar verbalmente, oferecendo resistência em manifestar sentimentos e receios. Perante esta dificuldade, foi necessário adaptar e reestruturar a entrevista no sentido de melhorar a relação de confiança entre ambos e a adesão ao processo terapêutico.

2.5.3. Escala de motivação SOCRATES 8D

No contexto da comunidade, na equipa de tratamento e na admissão do segundo participante, foi avaliada a motivação para a mudança e aplicada a

Escala de motivação SOCRATES 8D - Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale - Versão 8.1. A origem da escala deve-se a Miller e Tonigan (1996). Esta avalia os estados de mudança em relação a Reconhecimento, Ambivalência e Ação. Segundo Santos (2013), o questionário designado de “ Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) ”, na versão 8D, foi adaptado para a população portuguesa em doentes toxicodependentes por Janeiro, Faísca e Miguel (2007) embora, possa ser aplicada, para a área do consumo de álcool. Esta escala pode constituir uma estratégia para abordar a motivação para a mudança que constitui um foco importante para o tratamento.

“Este questionário teve, segundo Janeiro et al (2007), uma primeira versão que avaliava os cinco estádios de mudança, baseada no modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (1982), visando doentes alcoólicos. Posteriormente, Miller e Tonigan criaram, em 1996, uma nova versão da escala, composta por 19 itens, que avaliam a motivação para a mudança, através de estádios representados pelos fatores (reconhecimento do problema, ambivalência e ação) que remetem para as características motivacionais associadas à mudança e ao tratamento dos comportamentos aditivos” (Santos, 2013, p.53). Na versão 8D, o questionário é composto por 17 itens: reconhecimento do problema (6 itens); ação (7 itens); ambivalência (4 itens), sendo as alternativas de resposta avaliadas em escala do tipo Likert (discordo muito, discordo, indeciso, concordo, concordo muito) em que foi atribuída uma pontuação de 1, 2, 3, 4 e 5. No entanto, o recurso a esta escala, não foi aplicado como termo comparativo em relação ao início e final das intervenções de enfermagem, uma vez que consideramos que as mesmas decorreram num período de tempo demasiado curto, não permitindo desta forma apresentar resultados relevantes na sua aplicação. Assim, como instrumento de avaliação, recorreremos à classificação NOC, de que falaremos seguidamente.

2.5.4. Classificação NOC de Johnson e Maas

Recorreu-se à Classificação NOC (nursing outcomes classification) apresentada por Johnson, Marion, Maas, Swanson (2004). “Esta classificação recorre ao uso do termo indicador de resultado de enfermagem para descrever estados específicos do doente que reagem mais, às intervenções de

enfermagem e para os quais podem ser definidos procedimentos de avaliação” (p.63). Nela são apresentados 260 resultados com definições, indicadores e escalas de avaliação. Pode ser aplicada a indivíduos, família, comunidades e população” (Johnson, Marion, Maas, Swanson, 2004,p. 86).

Nas duas situações clínicas específicas, recorreremos ao domínio da classificação: Controlo de Riscos: Uso de Álcool (1903) para monitorização dos resultados (Johnson, Marion, Maas, Swanson, 2004, p.284) antes e depois das várias sessões da entrevista motivacional, constituindo um instrumento valioso na avaliação das intervenções de enfermagem.

2.5.5. Atividades nos grupos como processo terapêutico

Na equipa de tratamento, foi possível assistir e colaborar na moderação de cada um dos grupos terapêuticos formados, com problemas ligados ao álcool (no grupo de acolhimento, no grupo da prevenção da recaída e no grupo de manutenção) sendo a partilha baseada nas vivências de cada participante do grupo, tendo como foco, o problema do alcoolismo, a reflexão sobre o momento atual do percurso da doença e as metas presentes e futuras.

Paralelamente, no contexto do internamento de psiquiatria, e de acordo com a metodologia de trabalho do serviço, foi possível implementar intervenções de enfermagem em grupo, no sentido de dar resposta às necessidades dos doentes com doença mental em crise aguda, ou prolongada. Recorrendo a alguns dos mediadores expressivos como a narrativa e a moldagem em massa sintética, foram planeadas três atividades em grupo, com duração de 60 minutos, encontrando-se o seu planeamento nos apêndices III, IV e V.

Foram definidos objetivos para cada actividade tendo em vista as necessidades dos doentes quer na expressão de sentimentos, emoções, partilha de ideias, quer na expressão da criatividade como mediador expressivo e criativo. Seguidamente descrevemos sucintamente as atividades desenvolvidas. Mantivemos a confidencialidade dos dados que estavam diretamente relacionados com os participantes de forma a preservar a identidade pessoal.

Na atividade nº1 foi proposto o tema – Aspectos positivos em mim. Nesta atividade procurou-se realizar a dinâmica de grupo através da verbalização e discussão sobre o tema, sensibilizando para a reflexão sobre aspectos,

características e qualidades positivas que cada participante identificava em si e dada a oportunidade para partilha no grupo. (Apêndice III).

Na atividade nº2 foi proposto o tema - O dia da nuvem. Com recurso à construção de uma narrativa sob estímulo gráfico (gravura com conjunto de nuvens de várias formas), foi entregue um exercício escrito em folha de papel e esferográfica. A cada participante solicitou-se a seleção da nuvem com que mais se identificava, atribuindo-lhe um nome e a descrição de como seria “o dia da nuvem”. Posteriormente foi pedido a cada elemento que partilhasse com o grupo a sua escolha e a sua narrativa. (Apêndice IV).

Na atividade nº3 foi proposto o tema - O presente que gostava de oferecer tendo sido aplicado como mediador expressivo, massa sintética para moldar. Convidaram-se todos os participantes a refletirem sobre o presente que gostariam de oferecer ao melhor amigo. Solicitou-se que construíssem através da moldagem de massa sintética, o objeto que gostavam de oferecer. Após a moldagem dos objetos, estes foram depois trocados pelos objetos do participante do lado para que ninguém ficasse com o seu próprio objeto. Solicitou-se que cada participante expressasse o seu parecer, relativamente ao significado afetivo do presente que lhe foi distribuído. Posteriormente, foram convidados a complementar a descrição do seu próprio objeto. As fotografias dos trabalhos realizados encontram-se no apêndice V.

No serviço de consulta de psiquiatria foi possível estar presente na apresentação de uma sessão psicoeducativa, apresentada pela enfermeira, direcionada para os doentes e família, com doença prolongada associada à depressão, seguidos em ambulatório. Constituiu também uma experiência enriquecedora no contexto da reabilitação do doente mental.

3. RESULTADOS DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Neste capítulo apresentamos os resultados mais relevantes a que chegamos após a aplicação das técnicas no processo terapêutico individual e em contexto de grupo. Finalizadas as intervenções de enfermagem, em ambos os contextos de estágio, apresentamos essencialmente, dados qualitativos provenientes das entrevistas motivacionais e posteriormente os resultados das intervenções de enfermagem em contexto de grupo. As entrevistas constituíram momentos de interação com os participantes; promoveram momentos para clarificar aspetos fundamentais da doença mental associada ao álcool; facilitaram a expressão de sentimentos de forma a clarificar o percurso anterior à situação de dependência e permitiram identificar com os participantes, as metas futuras a atingir

Na sequência do acompanhamento psicoterapêutico do primeiro participante em ambulatório (em contexto pós alta hospitalar), na fase final da minha intervenção verificou-se que entrou novamente em recaída. Apesar de estar na fase final da entrevista motivacional, compreendi que a recaída é tão frequente que acaba por fazer parte do processo terapêutico e deve ser discutida com o doente para que sirva de aprendizagem para ambas as partes. Compreender que a recaída não é um acontecimento isolado e que faz parte do processo de mudança, em que o doente, por vezes pode progredir ou regredir, permitiu-me perceber que só a partir deste entendimento, podemos efetivamente apoiar o doente com este problema.

No entanto, pela monitorização dos indicadores preconizados pela classificação dos resultados de enfermagem - NOC (Johnson, Marion, Maas et al, 2004, p.284) para *Controlo de riscos: uso de álcool (1903)* aplicada na entrevista de acolhimento e no final da última sessão podemos constatar resultados relevantes em relação ao participante nº 1. Verificou-se que o doente:

- Admite *muitas vezes* os riscos pelo uso inadequado de álcool e as consequências pessoais associadas ao consumo;
- Monitoriza *muitas vezes* o ambiente quanto a fatores que encorajam o abuso de álcool bem como, os padrões pessoais de uso o álcool;

- *Por vezes* desenvolve e adapta estratégias sociais eficazes para controlo do uso de álcool conforme as necessidades e compromete-se em mante-las;
- *Raramente* segue as estratégias selecionadas para controlo do uso abusivo do álcool porque não identifica as situações de risco que promovem o impulso para o consumo, como por exemplo as relações conflituosas que insiste em manter;
- Utiliza *muitas vezes* os serviços de saúde embora na maioria das vezes após episódios de recaída;
- Participa *muitas vezes*, na realização dos exames complementares de diagnóstico, na sequência das recaídas;
- *Raramente* utiliza os sistemas de apoio pessoal para controlar o consumo inadequado;
- *Nunca* recorre a grupos de apoio para controlo do consumo inadequado de álcool;
- *Nunca* usa os recursos da comunidade para controlar a sua dependência de álcool.
- No entanto, reconhece e monitoriza *muitas vezes* as mudanças no estado de saúde quando não consome bebidas alcoólicas.
- Face aos problemas financeiros e sociais com que se depara atualmente, verifica-se que só às vezes tem controlo na ingestão de álcool mantendo o risco elevado para a recaída.

Relativamente segundo participante e no contexto da ET foi solicitado ao participante, o preenchimento da escala de motivação SOCRATES 8D (Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale) com o objetivo de avaliar a motivação para a mudança apenas na admissão. Esta avaliação apresentou a seguinte pontuação: Percentil de 90 para o reconhecimento do problema; Percentil de 31 para a ação (abaixo do valor médio); Percentil de 8 para a ambivalência (baixo). Na sequência de algumas respostas atribuídas pelo participante verificou-se que de alguma forma, aparentavam serem respostas induzidas de acordo com “ uma melhor aceitação por parte da enfermeira,” não deixando transparecer a presença de ambivalência para a mudança. Compreende-se que algumas das respostas dadas, provavelmente tenham sido manipuladas e induzidas pelo participante, e por isso um percentil

de ambivalência baixo. A seleção de perguntas na entrevista motivacional permitiu clarificar como o doente aspetos relacionados com a ambivalência para a mudança; apoiar e melhorar a expressão das emoções; fortalecer a relação terapêutica e ir ao encontro de metas comuns no processo terapêutico. Apesar das frequentes ausências na consulta, foram implementadas intervenções psicoterapêuticas de enfermagem, gradualmente e de acordo com a compreensão do participante, da necessidade de adaptação dos momentos de entrevista, das competências desenvolvidas, (embora num curto espaço de tempo) e da confiança estabelecida. Esta reintegração do doente na ET permitiu obter resultados a curto prazo, face às limitações do período de estágio.

Pela monitorização dos indicadores preconizados pela classificação dos resultados de enfermagem - NOC (Johnson, Marion, Maas et al, 2004, p.284) para *Controlo de riscos: uso de álcool (1903)* aplicada na entrevista de acolhimento e no final da última sessão podemos constatar resultados relevantes em relação ao participante nº 2. Verificou-se que o doente:

- Admite *muitas vezes* os riscos pelo uso inadequado de álcool e as consequências pessoais associadas ao consumo;
- Monitoriza *muitas vezes* o ambiente quanto a fatores que encorajam o abuso de álcool bem como, os padrões pessoais de uso o álcool;
- *Muitas vezes* desenvolve e adapta estratégias sociais eficazes para controlo do uso de álcool conforme as necessidades e compromete-se *consistentemente* em mante-las;
- Segue *de forma consistente* as estratégias seleccionadas para controlo do uso abusivo do álcool e identifica as situações de risco;
- Utiliza *consistentemente* os serviços de saúde;
- Participa na realização dos exames complementares de diagnóstico;
- Às vezes utiliza os sistemas de apoio pessoal para controlar o consumo inadequado;
- *Nunca* recorre a grupos de apoio para controlo do consumo inadequado de álcool e recusa participar.
- *Muitas vezes* usa os recursos da comunidade para controlar a sua dependência de álcool como a equipa de tratamento;

- Reconhece e monitoriza *consistentemente* as mudanças no estado de saúde quando não consome bebidas alcoólicas;
- Até à data da avaliação, verifica-se que tem controlo na ingestão de álcool de forma consistente cumprindo o programa farmacológico mas com fraca adesão ao tratamento psicoterapêutico.

Podemos concluir que embora em contextos institucionais diferentes (hospitalar e na comunidade) e aplicando intervenções de enfermagem similares, como a entrevista motivacional, o doente com dependência de álcool inserido numa equipa especializada em tratamento dos comportamentos aditivos, pode mais facilmente beneficiar da acessibilidade dos cuidados de enfermagem, no sentido de prevenir a recaída ou antecipar os lapsos; reconhece as vantagens para a saúde na relação que estabelece com a enfermeira durante o processo psicoterapêutico; identifica-se com dinâmica do serviço e propõe-se a aderir a um contrato terapêutico em conjunto com a equipa multidisciplinar. A enfermeira tem um papel fundamental como parceiro de cuidados, na adoção de comportamentos de procura de saúde por parte do doente e na prevenção da recaída. Os resultados apontaram para uma mudança de comportamento no participante após a implementação de estratégias de motivação para a mudança e psicoterapêuticas, mantendo-se abstinente e interessado no apoio de enfermagem fornecido.

No entanto, em contexto de internamento, verifica-se que a implementação de técnicas psicoterapêuticas pelo enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria no sentido de prevenir a recaída no doente, nem sempre permite obter benefícios imediatos ou a curto prazo, devido ao estabelecimento de um contrato terapêutico com tempo limitado. O hospital é reconhecido pelo doente, habitualmente como um serviço de último recurso, principalmente após os episódios de recaída. Verificamos ainda que o contexto cultural, social e económico dos participantes pode influenciar o percurso da doença, sendo identificados, o desemprego e as dificuldades económicas, como as principais situações de alto risco para a recaída. Os contributos das intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico na prevenção na recaída estão diretamente associados ao papel do enfermeiro no apoio psicoterapêutico dado, contribuindo para que o doente com dependência de álcool fique motivado para alterar comportamentos nocivos para a saúde e adote

estratégias pessoais e sociais que lhe permitam prevenir a recaída. Considero que o trabalho realizado em parceria com os participantes, permitiu uma melhor compreensão por parte destes, sobre a necessidade da adesão terapêutica na prevenção da recaída. O enfermeiro ao apoiar o doente na aquisição de competências sociais, contribui para uma resposta de autoeficácia consistente, por parte deste, em relação às situações de alto risco. Verifica-se que com o recurso a técnicas psicoterapêuticas individualizadas ou em contexto de grupo, o enfermeiro contribui para que o doente dependente de álcool consiga desenvolver estratégias de prevenção de recaída.

No serviço de internamento de psiquiatria, a relação terapêutica individual estabelecida com os doentes, assim como a realização das atividades em contexto de grupo, permitiram o meu desenvolvimento pessoal, o autoconhecimento e o desenvolvimento de estratégias de comunicação fundamentais neste percurso. A avaliação das intervenções em grupo foi realizada através da observação dos comportamentos e das relações estabelecidas no grupo, das narrativas apresentadas, das peças criadas, da manifestação de sentimentos e emoções e da comunicação verbal e não-verbal. Em todas as atividades foi solicitado aos participantes que refletissem e partilhassem com o grupo sobre as experiências vividas e sobre as vantagens da realização das atividades. Seguidamente apresentamos os resultados obtidos após a realização das atividades de grupo.

Atividade nº1/Tema - Aspetos positivos em mim.

A atividade possibilitou a partilha das experiências no grupo, promovendo o exercício de escuta e a aceitação do outro como ser diferente. O grupo participou de forma ativa, demonstrou interesse e refletiu sobre os aspetos positivos pessoais. Alguns doentes não compreenderam inicialmente, o que se pretendia e enunciaram as ações positivas de que gostavam na outra pessoa. Foi necessário reforçar o objetivo da atividade. No ambiente favorável à reflexão, os participantes manifestaram-se na sua dimensão cognitiva, emotiva, afetiva e comportamental. No final, o grupo demonstrou satisfação em participar na atividade. As principais descrições enunciadas por cada participante são apresentadas no apêndice III.

Atividade nº 2 / tema - O dia da nuvem

A dinâmica possibilitou a partilha das experiências pessoais no grupo. Foi aplicado o exercício de construção de narrativa sob estímulo gráfico de um conjunto de nuvens de várias formas, tendo-se dado ênfase aos símbolos inerentes ao tema e às suas representações, ao comportamento verbal e não-verbal, durante a execução da atividade, deixando para segundo plano as aptidões e competências criativas. Esta atividade permitiu a projeção de sentimentos e emoções individualmente e no grupo. Foi possível observar o sentimento de solidariedade, o reconhecimento do outro e a coesão de grupo existente (através expressão de sentimentos e da expressão da criatividade). A avaliação da intervenção foi realizada através da observação da escolha individual de cada participante, das narrativas apresentadas. Desta forma, foram proporcionados momentos de criatividade e de reflexão sobre o que consideravam mais importante na vida (como por exemplo, a família e os filhos, a relação com o outro, o ambiente envolvente, a vida e a natureza) permitindo a expressão das preocupações e necessidades de cada pessoa, que de alguma forma, influenciaram o comportamento social. A sintonia que se criou no grupo permitiu-me conhecer melhor cada participante. Durante a atividade desenvolvida, adquirimos novos modos de pensar enquanto moderadores, assim como diferentes modos de interação. Posteriormente realizou-se a análise das narrativas. Estas constituíram uma fonte importante de conhecimento sobre os doentes, pela beleza das narrativas e pela expressão de sentimentos. A experiência contribuiu para enriquecer a interação no grupo e o crescimento interior de cada elemento, assim como do moderador do grupo. O planeamento desta atividade encontra-se no apêndice IV.

Atividade nº3 / tema - O presente que gostava de oferecer

Na análise dos resultados da atividade nº 3, verificamos que por meio da expressão e da criatividade, os participantes interagiram no grupo e demonstraram satisfação na realização da mesma. Com recurso à moldagem de massa sintética como mediador expressivo, proporcionou-se um momento de descontração e de reflexão individual. Os trabalhos apresentados surgiram com a criação de uma peça pelos participantes, permitindo a compreensão de

aspectos relacionados com as memórias e vivências de cada pessoa. As escolhas focaram-se essencialmente em objetos funcionais e necessários nas rotinas diárias de vida (como por exemplo, um automóvel, um cinzeiro, uma panela), objetos relacionados com atividades recreativas e de prazer (como por exemplo, o livro, o rádio) e objetos alusivos às memórias sobre a família e locais importantes (como por exemplo as flores, a torre Eiffel, o barco). Todos os trabalhos criados encontram-se no apêndice V.

Para terminar, considero que as intervenções psicoterapêuticas aplicadas aos grupos com interações de longa duração (integrados na comunidade) e aos grupos de livre participação, internados por crise aguda ou prolongada permitem o desenvolvimento de competências sociais essenciais para que a pessoa com doença mental se adapte à doença e ao meio exterior. Para que resultem são fundamentais ter em conta as características (não rígidas) relacionadas entre si como o ambiente, os objetivos da intervenção, a estrutura e o tempo.

A intervenção em grupo trás vantagens tais como: a aprendizagem interpessoal, o fortalecimento da interação no grupo, a compreensão das experiências emocionais e das suas implicações no autoconhecimento e da função do grupo como um “microcosmo social” (em que cada pessoa no grupo, interage da mesma forma que interage com pessoas fora do grupo, facilitando a aprendizagem através do feedback do grupo, modificando comportamentos inadaptados).

4. COMPETENCIAS DESENVOLVIDAS

Nesta fase do relatório importa refletir sobre as competências específicas adquiridas e desenvolvidas durante o estágio. Segundo a Ordem Dos Enfermeiros (2011), o Enfermeiro Especialista detém um conhecimento aprofundado no domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. A definição das competências do enfermeiro especialista é coerente com os domínios considerados na definição das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, isto é, o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Tendo por base as competências específicas do enfermeiro especialista em SMP, considero que os dois campos de estágio reuniram as condições essenciais para atingir os objetivos propostos e as competências de Especialista de forma a progredir no crescimento a nível profissional e pessoal, tais como, a OE as define: “Detém um elevado conhecimento e consciência de si, enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional; Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental; Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto; Presta cuidados 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” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.3).

De acordo com cada competência passo a descrever como este percurso permitiu a aquisição das mesmas. A realização dos dois módulos de estágio, permitiram--me desenvolver o processo de autoconhecimento e tomar consciência das minhas emoções e sentimentos perante uma realidade

diferente da minha experiência profissional atual, que são os cuidados de saúde primários. Ao longo do meu percurso profissional, tomei consciência de que necessitava de uma estrutura sólida de bases teórico práticas que me permitisse melhorar enquanto “pessoa que cuida do outro”, respeitando a prática mais adequada da enfermagem. Para cuidar do outro, temos que ter um conhecimento de nós próprios desenvolvido, não só pelas vivências pessoais e profissionais anteriores, como pelas experiências atuais, sejam elas pessoais ou profissionais, porque permitem o crescimento interior. Desta forma, sentia que tinha que desenvolver competências nessa área. Ao dar continuidade ao processo de aprendizagem no serviço de internamento de psiquiatria (experiência tida apenas durante o curso de enfermagem geral), permiti-me estabelecer a relação terapêutica com o doente portador de doença mental em crise aguda ou prolongada e ao mesmo tempo gerir as minhas emoções e sentimentos mais profundos, nem sempre refletidos no meu dia-a-dia profissional. O processo de autorreflexão nem sempre foi um processo fácil de pôr em prática, talvez porque é mais confortável, refletir sobre o outro, do que sobre nós próprios. A autocritica, exige do enfermeiro, treino e este, por vezes é esquecido. No entanto, no processo de autoavaliação, verifiquei que me sinto, cada vez mais afastada de um modelo de prática de enfermagem com características biomédicas. Considero que é fundamental ter sempre presente, a relação com o outro, como um ato terapêutico, que é influenciado pelos nossos sentidos, mas ao mesmo tempo, pelos sentidos que o outro enquanto doente e pessoa, percebe. Ao longo do estágio consegui que, no contato com os doentes, estas perceções não interferissem no processo terapêutico e tomei consciência dos meus recursos internos, conseguindo aplicá-los adequadamente à prática dos cuidados. Foi possível, identificar em mim, reações e sentimentos diferentes perante o doente, um pouco mais agressivo ou perante o doente em profundo sofrimento, sem que estes interferissem na relação terapêutica, adaptando-me rapidamente às situações. As experiências em contexto terapêutico grupal permitiram-me desenvolver competências de comunicação e melhorar a assertividade fundamentais, para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Foram mantidos sempre, o contexto e os limites da relação profissional, preservando a integridade do processo terapêutico. Ao longo dos estágios foi possível, refletir sobre a relação

terapêutica que estabeleci com os doentes através da realização dos diários de aprendizagem. Este processo nem sempre foi fácil, porque nem sempre consegui gerir da melhor forma, a vasta informação, que recebia pela observação do ambiente envolvente, pelo contato com os doentes e pela partilha diária, com a equipa multidisciplinar. Numa segunda fase refleti sobre o meu sentimento de frustração, perante a não adesão ao processo psicoterapêutico por parte dos participantes, perante a ambivalência e a recaída, quase sempre presente nestes casos. Consegui desenvolver a capacidade de autoavaliação mas reconheço que para ser especialista e perito em saúde mental, só é possível através do contínuo desenvolvimento pessoal interior, e do contínuo desenvolvimento de competências profissionais, tendo por base a autoformação ao longo da vida. Considero que consegui identificar as necessidades de saúde física e mental e os fatores promotores de saúde no doente com doença mental, quer em, contexto de internamento quer em contexto da comunidade, através da recolha de dados, identificação dos fenómenos de enfermagem, planeamento, implementação dos cuidados individualizados e a respetiva avaliação, essencialmente no contexto da problemática do alcoolismo, objecto do meu projeto de intervenção. Em ambos os locais de estágio apliquei a metodologia clinica de realização de estudos de caso. Integrada na equipa de desenvolvimento multidisciplinar da ET, recorri à metodologia de “gestão de caso” de forma proactiva, no exercicio da prática de enfermagem em saúde mental, para coordenar os cuidados de saúde e assegurar a continuidade dos mesmos, conforme preconiza a OE no descritivo para a terceira competência específica. Procurei aplicar os conhecimentos adquiridos, recorrendo das técnicas comunicacionais, das técnicas de entrevista motivacional, de observação dos fenómenos individuais e grupais. Realizei intervenções de âmbito psicoterapêutico em grupo no internamento, aplicando os princípios e técnicas criativas e promotoras da expressão de sentimentos e da coesão do grupo, avaliando posteriormente os resultados. Foi-me proporcionada, a oportunidade de observar, participar e colaborar na moderação dos vários grupos terapêuticos na ET (grupo de acolhimento, grupo de prevenção da recaída e grupo de manutenção da recaída) de acordo com quarta competência do enfermeiro especialista em saúde mental, tomando consciência das vivências de cada participante e da partilha nos grupos.

5. CONCLUSÃO

O percurso realizado ao longo do estágio permitiu-me desenvolver competências de pesquisa científica sustentada na reflexão contínua, adquirida pela prática dos cuidados de enfermagem e pela complementaridade de novos conhecimentos adquiridos na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria. No contexto da comunidade, inserida na ET, adquiri competências como enfermeiro especialista, no processo de intervenção terapêutica de enfermagem à Pessoa com dependência de álcool. Enquanto enfermeira tomei consciência do meu papel ativo na promoção da autonomia do doente no seu percurso de tratamento na prevenção da recaída. Considero que a relação estabelecida do enfermeiro com o doente só é possível, tendo por base, a confiança que se constrói ao longo dos anos, sendo essencial o papel do enfermeiro, como gestor de caso que acompanha o doente em todo o percurso. Assim, atendendo à questão de partida: De que forma, as intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico podem contribuir para a prevenção da recaída da pessoa com problemas de alcoolismo, aplicando a técnica de entrevista motivacional, foi dado ênfase às intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico na prevenção da recaída, no contexto do processo terapêutico individual (recorrendo à técnica de entrevista motivacional) e no contexto de grupo dando visibilidade aos principais contributos das intervenções de enfermagem implementadas perante o fenómeno em estudo. Apesar das limitações encontradas durante este percurso, face à dificuldade em dar continuidade aos processos terapêuticos individuais devido ao curto período de estágio em cada um dos locais, ao processo de recaída do primeiro participante, à falta de assiduidade do segundo participante e à necessidade de alterar procedimentos, considero que foi possível atingir resultados qualitativos e desta forma, dar visibilidade aos contributos do enfermeiro enquanto parceiro de cuidados no processo terapêutico.

Foi também essencial, o trabalho realizado no serviço de internamento de psiquiatria, permitindo, tomar consciência da essência da relação terapêutica, no contexto da doença mental em crise aguda ou prolongada. As intervenções de enfermagem em grupo foram fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional levando-me à reflexão contínua. Desta forma, foram atingidos os objetivos a que me propus.

Sendo a temática do alcoolismo de grande importância para a melhoria da saúde da população, o fenómeno da dependência do álcool na pessoa, necessita cada vez mais, ser tido em consideração e partilhado pelos profissionais de enfermagem quer nas equipas de tratamento especializadas que nas equipas de cuidados de saúde primários, contribuindo para a prevenção de comportamentos aditivos. Nesta perspetiva, como projeto futuro, gostaria de implementar algumas destas intervenções na consulta de enfermagem de saúde mental, em parceria com a equipa multidisciplinar da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (onde me encontro atualmente), tendo consciência de que é um projeto ambicioso, em virtude de não estar contemplado em cuidados de saúde primários, um programa de tratamento e prevenção do alcoolismo e nem todas as equipas multidisciplinares estarem sensibilizadas para este fenómeno. Foi com especial agrado que realizei os dois estágios porque me fizeram crescer, repensar e refletir de forma diferente em conceitos tão próximos, como o conceito da doença mental e o conceito da saúde mental.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, Elisa (2012). *As atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico*. Escola Superior de Saúde de Viseu. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Viseu. Disponível no RCAAP.

Alvarez, Armando (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. (56 (3),p.188-193).Disponível em <Http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300006>.

American Psychiatric Association (2013). DSM V. TM. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5ªed.), Washington: American Psychiatric Publishing.

Araújo, Cidália, Pinto, Emília, Lopes, José, Nogueira, Luís, Pinto, Ricardo (2008).Estudo caso. Universidade do Minho / Instituto de Educação e Psicologia. (*Mestrado em Educação Área de Especialização em Tecnologia Educativa*. Minho. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/219457056/Estudo-Caso>

Arkowitz, Hal, Westra, Henny, Miller, William, Rollnick, Stephen (2011). *Entrevista motivacional - no tratamento de problemas psicológicos*. São Paulo: Grupo Editorial Nacional.

Associação Psiquiátrica Americana (2002). *DSM IV.TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. 2002.

Barreiros, Ana (2013). *Psicoterapia em Grupo - A abordagem combinada de Irvin*

Yalom.em:Http://aessenciaeoser.net/wpcontent/uploads/2013/01/Interven%C3%A7%C3%A3o-em-Grupos_artigo-ES-jan13.pdf

Babor, Thomas, Higgins-Biddle, John, Saunders, John, Monteiro, Maristela (2001). *AUDIT -The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary healthcare*. (2nd Ed.) Geneva: WHO Department of Mental Health and Substance Dependence.

Balsa, Casimiro, Vital, Clara; Urbano, Cláudia. (2014). *III Inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população portuguesa – relatório preliminar. 2012*. Lisboa: SICAD.

Bresson, Connie (2010). *Arteterapia grupal com pacientes de hospital de día*. Universidad de Chile / Facultad de Artes Santiago. Specialization Monographia. Santiago de Chile. Disponível em http://www.thesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ar-dancette_c/html/index-frames.html

Cabral, Lídia do Rosário (2004). Alcoolismo Juvenil. *Revista de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos*. (nº 30, de Outubro). <Http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/557/1/Alcoolismo%20juvenil.pdf>

Caldas de Almeida, José, Xavier, Miguel (2014). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1º relatório*. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Universidade Católica Portuguesa e World Mental Health Surveys Initiative (WMHSI). ISBN: 978-989-98576-0-5.

Castro, Marcelle, Passos, Sónia (2005). Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. (32 - 6, p. 330-335). Rio de Janeiro. Disponível em Scielo.br.

Chalifour, Jacques (2008). *A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (volume 1), Loures: Lusodidacta.

Chalifour, Jacques (2008). *A intervenção terapêutica - estratégias de intervenção*. (volume 2), Loures: Lusodidacta.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE*. (2ª ed.) Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, ISBN 972-98149-5-3.

Costa, Pedro, Mota, Daniela, Cruvinel, Erica, Ronzani, Telma (2013). Metodologia de implementação de práticas preventivas ao uso de drogas na atenção primária latino-americana. *Revista Panam Salud Publica*. (33(5)).325–331. Disponível em www.scielo.org/pdf/rpsp/v33n5/a03v33n5.pdf

DGS (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: DGS.

DGS (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Lisboa: DGS. Disponível em DGS.

DGS (2013). *Plano Nacional para a Redução dos comportamentos aditivos e das dependências - 2013-2020*. Lisboa: SICAD Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Disponível em <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/459>

Dias, Ruth (2009). Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – A entrevista motivacional. In Pereira, A (org). *Diretrizes clínicas para a atuação em saúde mental na atenção básica*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 1-11. Disponível em nescon.medicina:

[https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Diretrizes de intervencao quanto a mudancas de comportamentoA Entrevista Motivacional 1/21](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Diretrizes_de_intervencao_quanto_a_mudancas_de_comportamentoA_Entrevista_Motivacional_1/21)

9

Diclemente, Carlo (2001). *Entrevista Motivacional e os Estágios de Mudança*. In Miller, W; Rollnick, S. *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos* (Capítulo 13, p. 171-179) Porto Alegre: Editora Artmed.

Farah, Ana Beatriz Azevedo (2009). Psicoterapia de grupo: reflexões sobre as mudanças no contato entre os membros do grupo durante o processo terapêutico. *Revista IGT na Rede*. (V.6, nº. 11, p. 315-328). Disponível em [http://www.igt.psc.br/ojs/ISSN 1807 – 2526](http://www.igt.psc.br/ojs/ISSN%201807%20-%202526)

Fligie, Neliana Laranjeira, Ronaldo (2004). Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (26 - I). 63-67. Disponível em Scielo.br.

George, Julia (2000). *Teorias de Enfermagem – os fundamentos à prática profissional*. (4ª edição), Brasil: Artemed.

Gigliotti, Analice, Bessa, Marco (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: Critérios Diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (nº 26 – I). 11 13. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500004>

Gonzales Ric, Casarin Sna, Caliri Mhl, Sasaki Cm, Monroe Aa, Villa Tcs. (2003). Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem* (11 (2) de Março-Abril. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a13.pdf Abril).227-31.

Guerra, Marina; Lima, Lígia (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em contexto de Saúde*. (1ª ed.), Lisboa: Climepsi Editores.

Herrera Arce, A, Gamiz, E, Navarro, F, Martinez, H, Jimenez Lerma, J (2003). Enfermería en adicciones. El Modelo de H. Peplau a través dolos patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Revista Transtornos Adictivos*. (5(2) 58-74. Disponível em: <http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/enfermeria-adicciones-el-modelo-teorico-h-peplau-13045095-area-clinica-2003>.

Infopédia (2016). Disponível em [http://www.infopedia.pt/\\$aprendizagem-social](http://www.infopedia.pt/$aprendizagem-social).

International Center for Alcohol Policies (2009). *Fatores Determinantes do Consumo de Álcool*. ICAP Health Issues (Online). Acedido em Junho de 2014 em www.icap.org/PolicyTools/ICAPHealthBriefings.

Johnson, Marion, Maas, Meridean, Swanson, Elizabeth (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*, (2ª ed). Porto Alegre: Editora Artmed.

Johnson, Peter, Rubin, Allen. (1983). Case management in mental health: A social work domain? *Social Work Journal*. Disponível em: [Http://sw.oxfordjournals.org/content/28/1/49.short](http://sw.oxfordjournals.org/content/28/1/49.short)

Jungerman, Flávia, Laranjeira, Ronaldo (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Revista brasileira de psiquiatria* 48 (5). 197-207. Disponível em [Http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&sc=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=238822&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&sc=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=238822&indexSearch=ID)

Lei nº 35/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, aprovado pelo Diário da República nº 35/2011. II.ª Série, Nº 35 (18/02/2011).

Kaplan, Harold, Sadok, Benjamin (1997). *Compêndio de Psiquiatria - ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª ed), Porto Alegre: Artes Médicas.

Kathy, Neeb (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Minnesota: Lusociência. ISBN 972-8383-14-2.

Lopes, Joaquim (2012). *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso - A experiência vivida da pessoa com problemas de adição*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa. Disponível em repositorio.ul.pt/handle/10451/7296

Malchiodi, Cathy (2005). Expressive therapies - History, theory and practice. (Chapter 1, p. 1-15). New York: Guilford publications. Disponível em: <https://www.psychologytoday.com/files/attachments/231/malchiodi3.pdf>

Manes, Sabina (2007). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (11^o ed.) Lisboa: Editora Paulus.

Marlatt; Gordon (1994). *Prevenção da Recaída - estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Martins, M. Céu, Fernandes, Pedro (2008). *O Gestor de caso: aplicabilidade do conceito*. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Relatório Técnico-científico. Castelo Branco. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.11/1731>

Mccloskey, Joanne, Bulechek, Gloria (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. (3^a ed). Porto Alegre: Editora Artmed.

Mejía Lopera, María Eugenia (2012). Cuidarte: Una opción de vida. *Revista de Investigación e Educação em Enfermagem*. (30 - 1 p.7-8). Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105224287001.pdf>

Mello, M, Barrias, J, Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: DGS.

Miller, William, Rollnick, Stephen. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed.

Miller, William, Tonigan, Scott (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* (10, 81-89). Disponível em: <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-164X.10.2.81>

Molina, Pila, Arnaiz, Blanca (2003). *Terapia ocupacional en Salud mental: principios e práctica*. (Capítulo19, p. 227- 234), Barcelona: Editora Masson.

Morais, Aquileia, Roecker, Simone, Salvagioni, Denise, Eler, Gabrielle (2013). Significado da arteterapia com argila para os pacientes psiquiátricos no hospital

de dia. *Investigación y Educación en Enfermería*, (Volume 32 -1, Medellín Janeiro/Abril). [Http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012053072014000100015&script=sci_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012053072014000100015&script=sci_arttext&tlng=pt)

Organização Mundial de Saúde (1998). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. critérios diagnósticos para pesquisa*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

Pearson, Alan, Vaughan, Barbara (1993). *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Lisboa: Editora ACESPS. ISBN: 978-075-061597-6.

Pearson, Mark, Wilson, Helen (2008). Using Expressive counselling Tools to Enhance Emotional Literacy, Emotional Wellbeing and Resilience: Improving Therapeutic Outcomes with Expressive Therapies. *Counselling, Psychotherapy, and Health* (nº4 - 11, p.19). *CPH Journal*. Disponível em http://www.cphjournal.com/archive_journals/pearson_wilson_4-1.pdf

Peplau, Hildegard (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat Editores.

Pinela da Rocha, Manuela (2010). *Arteterapia*. Escola Superior de Educação de Bragança. Relatório Final para a obtenção do Grau de Mestre em Ensino da Educação Visual e Tecnológica no Ensino Básico. Bragança. Disponível em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/3315>

Prochaska, James, Diclemente, Carlo (1982). *Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*.19:276-288.

Rahioui, Hassan, Reynaud, Michel (2008). *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adições*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-296-9

Rangé, Bernard, Marlatt, Alan, (2008). Terapia cognitiva comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (30 – II, p. 588-595). Disponível em [Http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a06v30s2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a06v30s2.pdf)

Rodrigues, Alcides, Pissarra, Ana, Marques, Fernando et al (2011). A eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool, na pessoa adulta – revisão sistemática da literatura. *Revista Toxicodependências*. (V.17 – 3,p. 37- 46), Lisboa: SICAD.

Rodrigues, Marta, Teixeira, Angela (2010). Da “falta de força de vontade” ao Empowerment na dependência de álcool. *Revista Toxicodependências*. (V 16 - 1,p. 57 -64), Lisboa: SICAD.

Rogers, Carl (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Sá Nogueira, Teresa, Ribeiro, Cristina (2008). Abordagem terapêutica da dependência alcoólica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. (24: 305-16). Disponível em [Http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10489](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10489)

Saiote, Susana (2012). *Educação sexual na adolescência em meio escolar*. Instituto Politécnico de Portalegre / Escola Superior de Saúde de Portalegre. Relatório de estágio de enfermagem comunitária para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária. Portalegre.

Santos, Maria Clara (2013). *Estádios Motivacionais em Pessoas dependentes do álcool internadas numa Unidade Especializada*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Coimbra.

Silva, Andréa (2010). *Relação enfermeiro - doente alcoólico, e como esta é perspectivada pelo doente*. Universidade do Porto/ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental. Porto. Disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/.../Dissertao%20de%20mestrado%20em%...>

Silva, Cláudio, Serra, Ana (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (1-p.33-39). Disponível em

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext...44462004000500009

Sobell, Linda, Sobell, Mark (2008). Motivational Interviewing Strategies and Techniques: Rationales and Examples. Acedido em 9.10.014. Acedido em Setembro 2014 em http://www.nova.edu/gsc/forms/mi_rationale_techniques.pdf

Sousa, Alberto (2005). *Psicoterapias ativas (arte-terapias)*, Brasil: Editora Livros Horizonte. ISBN: 972-24-14038.

Stern, Arno (1974). *A expressão*. Porto: livraria civilização.

Taylor, Cecília (1992) – *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. (13ª Edição), Porto Alegre: Artes Médicas.

Teixeira, Cristiane (2006). *A função terapêutica da arte*. Faculdade Integrada Zona Oeste. Monografia. Uberlandia: Alquimy Art. Disponível em www.alquimiyart.com.br/.../2006_uberlândia_mg_TEIXEIRA_cristina_far

WHO (2011). *Lexicon of alcohol and drug terms*. World Health Organization. Disponível, http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/.

WHO (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. World health organization. Regional Office for Europe. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

WHO (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. Library Cataloguing-in-Publication Data. (p.230, 293). WHO. Disponível em [Website - www.who.int](http://www.who.int).

Winnicott, D (1975). *O Brincar e a Realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.

[http://files.comunidades.net/enfermagemunip/instrumentos de abordagem familiar genomapa e ecomapa.pdf](http://files.comunidades.net/enfermagemunip/instrumentos_de_abordagem_familiar_genomapa_e_ecomapa.pdf)

<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/estilos+de+vida/alcoolismo.htm>

APENDICES

APENDICE I
Estudo caso / serviço de psiquiatria

INDICE

INTRODUÇÃO -----	2
1.HISTÓRIA DE ENFERMAGEM -----	4
1.1. Avaliação inicial -----	4
1.1.1. Motivo de internamento atual-----	4
1.1.2. Exame físico breve -----	4
1.2. História clinica -----	4
1.2.1. Antecedentes pessoais de saúde -----	4
1.2.2. Internamentos anteriores -----	5
1.2.3. Consultas de vigilância -----	5
1.2.4. Terapêutica instituída no internamento -----	5
2. HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIOCULTURAL -----	6
2.1. História de doença psiquiátrica -----	6
2.1.1. Fatores precipitantes da doença psiquiátrica -----	6
2.2. Exame do estado mental -----	6
3. RESULTADOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM -----	8
3.1- Entrevista motivacional -----	8
3.1.1. Entrevista de acolhimento -----	8
3.1.2. Primeira sessão -----	8
3.1.3. Segunda sessão -----	10
3.1.4. Terceira sessão -----	11
3.1.5. Quarta sessão -----	12
3.2. Resultados -----	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	14
5.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	16
APENDICES -----	21
APENDICE I – Genograma e ecomapa de H -----	22
APENDICE II – Plano de cuidados -----	25
APENDICE III – Guião da entrevista -----	30
APENDICE IV – Resultados /classificação NOC -----	33

INTRODUÇÃO

O estudo caso que se apresenta, surge no âmbito do estágio de enfermagem em saúde mental e psiquiatria no serviço de internamento de psiquiatria e tem por objetivo, compreender a história clínica da pessoa com doença mental, associada à dependência de álcool, através da elaboração do processo de enfermagem e respetiva intervenção de enfermagem de âmbito psicoterapêutico na prevenção da recaída.

A seleção do doente realizou-se na sequência do internamento e pela identificação do fenómeno de enfermagem recorrente de dependência de álcool com recaídas frequentes que o levaram a múltiplos internamentos. Neste contexto, surge a necessidade de uma intervenção psicoterapêutica mais eficaz, por parte do enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria.

Durante este percurso foram omissas informações de forma a preservar a confidencialidade dos dados e a identidade do doente. Foi dado o consentimento verbal pelo doente para a elaboração do estudo caso.

Reconhecendo a importância da relação das teorias de enfermagem com a prática, o Modelo Teórico de Enfermagem de Desenvolvimento Interpessoal de Hildegard Peplau (1990) pareceu-me o mais adequado para a construção de todo o processo. Ao centrar-se nas teorias da interação e na compreensão da relação específica enfermeiro-doente, e no estabelecimento de metas comuns, facilita a tomada de decisão responsável por parte do doente, perante o problema de saúde (Peplau, 1990).

Neste sentido a enfermagem para George (2000) pode ser entendida como um processo interpessoal pelo fato de envolver a interação entre duas ou mais pessoas, com uma meta comum. Essa meta comum proporciona o incentivo ao processo terapêutico, no qual o profissional de enfermagem e doente se respeitam mutuamente como indivíduos, ambos aprendem e crescem como um resultado de interação (George 2000).

Assim, considerando o papel fundamental do enfermeiro no processo terapêutico e no apoio ao doente com dependência de álcool, a escolha deste modelo, permitiu a contextualização teórica em que se aplica o estudo caso.

Tendo em consideração o abandono e recusa do internamento e a não adesão a um programa de tratamento na comunidade, por parte do doente, foi necessário implementar uma estratégia de intervenção, promover a adesão e o comportamento de procura de saúde, como objetivo primordial a prevenção da recaída. Procedeu-se ao

contato telefónico e sugeriu-se uma primeira entrevista de acolhimento no departamento de psiquiatria que foi aceite pelo doente. Na mesma altura realizou-se a articulação adequada e marcou-se consulta de psiquiatria. Analisando a história clínica do doente, compreende-se que tinha sido encaminhado para a equipa de tratamento na comunidade, mas sem sucesso uma vez que não houve adesão ao tratamento. Compreende-se que o doente não conseguia estabelecer vínculo terapêutico com nenhuma instituição de apoio. Neste sentido, foram implementadas intervenções de enfermagem com a finalidade de promover o vínculo terapêutico com a enfermeira e a equipa multidisciplinar, motivar o doente para a mudança de comportamento no sentido de prevenir futuras recaídas. Como recurso, recorreu-se à técnica de entrevista motivacional e foram planeadas quatro sessões.

A entrevista motivacional é um meio particular de apoiar as pessoas a reconhecer e fazer algo a respeito dos seus problemas presentes e potenciais. É particularmente útil com pessoas que são ambivalentes quanto à mudança. Pretende ajudar a resolver a ambivalência e colocar a pessoa em movimento, no caminho para a mudança. As estratégias da entrevista motivacional são mais persuasivas do que coercitivas, mais encorajadoras do que argumentativas. O terapeuta visa criar uma atmosfera positiva que conduza à mudança (Rollnick e Miller, 2001).

Outros autores como Jungerman e Laranjeira (1999) consideram ainda que a entrevista motivacional emprega várias estratégias que surgem da terapia centrada no doente, e que se focaliza em metas comuns. Por outro lado, “o papel do terapeuta é não diretivo, isto é, ao invés de propor soluções ou sugestões para o doente, oferece condições de crítica que propiciem ao doente o espaço, para uma mudança natural: tentam-se encontrar as razões para mudança no doente ao invés de impor ou tentar persuadi-lo sobre a mudança. Na essência, na entrevista motivacional orienta os doentes a convencerem-se a si próprios sobre a mudança necessária” (Jungerman e Laranjeira, 1999).

Ao atender às vantagens desta técnica na prevenção da recaída, enunciadas pelos vários autores da literatura científica foi selecionada porque se adaptava às características e necessidades do doente. Desta forma procedeu-se ao respetivo planeamento da entrevista tornando possível, a aplicação e continuidade do processo terapêutico individual.

1. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

Na primeira fase do processo de desenvolvimento interpessoal, (fase de orientação e fase de identificação que Peplau (1990) preconiza, apliquei a observação direta, a entrevista de acolhimento, assim como a colheita de informação através de consulta do processo clínico. Durante este percurso foram omissas informações de forma a preservar a confidencialidade dos dados e a identidade do doente. Foi dado o consentimento verbal pelo mesmo, para a elaboração do estudo caso.

1.1. Avaliação inicial

O Sr. H. tem 46 anos, de sexo masculino, leucodérmico. É divorciado. Encontra-se desempregado mas inscrito no centro de emprego e recebe o rendimento mínimo de inserção social. Tem como pessoa significativa, a tia.

1.1.1. Motivo de internamento atual

O Sr. H. foi internado no serviço de psiquiatria, por alteração do comportamento manifestado por hetero-agressividade, na sequência de conflitos e forte ideação suicida/homicida na sequência de consumo abusivo de álcool. Tem como diagnóstico clínico: depressão e dependência de álcool. Durante a observação, realizou-se um exame físico breve durante o curto período de internamento.

1.1.2. Exame físico breve

O Sr. H apresenta pele e mucosas hidratadas e integridade cutânea mantida. Apresentava os seguintes parâmetros vitais: tensão arterial = 138/ 80 mm Hg, frequência cardíaca = 68 p/ minuto e temperatura auricular de 36,5 graus. Aparentemente magro, embora com IMC normal de 21, registando-se o peso de 62 kg e altura de 1,69 m. Apresentava abdómen simétrico. Membros inferiores e superiores simétricos. Não se observam alterações das funções músculo-esqueléticas.

1.2. História clínica

1.2.1. Antecedentes pessoais de saúde

O Sr. H tem como antecedentes pessoais de tabagismo desde os 10 anos (12 cigarros/ por dia) e consumo de álcool em grau elevado (desde a adolescência) que o levou à dependência de álcool. Atualmente com consumos diários de 1 litro de cerveja;

2 copos de vinho e 2 copos de Aperitivo. Refere ainda, períodos de depressão. Nega alergias. Nega outras doenças.

1.2.2. Internamentos anteriores

O Sr. H tem história de múltiplos internamentos no mesmo hospital com diagnóstico de doença prolongada associada a depressão, hetero-agressividade e hábitos alcoólicos acentuados, o mesmo acontecendo no último internamento. Na sequência deste são programadas entrevistas em contexto ambulatorio no serviço de psiquiatria, no sentido de promover a motivação para a mudança de comportamento e prevenção da recaída.

1.2.3. Consultas de vigilância

Relativamente ao seguimento clinico psiquiátrico foi seguido na consulta de psiquiatria no hospital por um período, altura em que abandona. Refere ter realizado tratamento, numa Equipa de Tratamento e mais tarde numa outra instituição tendo “permanecido abstinente durante 14 meses”. Veio mais tarde, a abandonar o tratamento.

1.2.4. Terapêutica instituída no internamento

Na tabela seguinte apresenta-se a terapêutica instituída ao Sr. H.

Olanzapina 10 mg	2 Cp / dia em SOS
Trazodona 100 mg	1 Cp / dia
Sertralina 50 mg	1 Cp / dia
Diazepan 5 mg	1 Cp /dia
Tiamina 100 mg	3 Cp/ dia
Ácido fólico 5 mg	1 Cp / dia
Glucose 5% em Soro Fisiológico 1000 ml	2 000 MI/ dia. Via endovenosa

2. HISTÓRIA FAMILIAR E SOCIOCULTURAL

O Sr. H tem dois filhos do primeiro casamento que se encontram com a mãe desde o divórcio. Recentemente saiu de uma relação de facto e passou a residir com familiares. A sua relação com o exterior é reduzida. Refere que contata com os amigos do bairro.

A representação do Genograma e Ecomapa de H encontram-se no apêndice I.

2.1. História de doença psiquiátrica

2.1.1. Fatores precipitantes de doença psiquiátrica

Na história de vida do Sr. H evidenciam-se momentos de crise familiar e social que constituíram fatores precipitantes para o agravamento da doença, associada ao consumo elevado de álcool progressivo. Os conflitos e o comportamento de agressividade começaram a ser mais frequentes e as relações que mantinha terminaram. Na maioria das vezes encontrava-se desempregado sendo a sua principal preocupação, associada a dificuldades económicas e ao não cumprimento do pagamento das dívidas que o leva a recorrer ao apoio de familiares. O facto de continuar desempregado e a sua subsistência económica depender do rendimento mínimo de inserção social tem constituído fator de tristeza e ansiedade perante o futuro.

2.2. Exame do estado mental

Descrição geral e aparência

O Sr. H encontra-se independente na realização das atividades de vida diária, apesar de se encontrar ligeiramente sonolento, no momento da entrevista de acolhimento. Apresenta idade aparente igual à real, embora emagrecido; com aparência e higiene cuidadas; veste pijama da instituição; apresenta cabelo limpo e cuidado e barba por fazer; usa óculos. Apresenta postura ereta e adequada com marcha lenta.

Durante a interação apresenta fácies deprimido com contato visual e social, reservados. Manifesta comportamento adequado, franco, colaborante e aceita conversar e colaborar na colheita da informação. Com discurso verbal organizado, coerente, mas volúvel, fornece informações relevantes de acordo, com a cronologia dos acontecimentos vividos. Responde às perguntas adequadamente, embora, necessite ser guiado.

Funções mentais

O Sr. H. apresenta-se consciente, lúcido embora sonolento; orientado no espaço, no tempo, alopsiquicamente (identifica os outros e a situação) e autopsiquicamente (identifica-se a si mesmo). Ao nível da atenção, consegue focalizar -se no assunto de acordo com o estímulo. Presta atenção durante a entrevista. Apresenta memória recente (de curto e longo prazo) e remota, mantidas. Demonstra capacidade de evocar e reconhecer pessoas e experiências passadas. Não foram detetadas alterações da percepção; nega alucinações. Manifesta humor depressivo e expressão de afetos adequada em concordância com o humor, embora com história anterior de agressividade perante a tensão e a raiva. Aparentemente tem o processo de pensamento lógico, coerente e fácil de seguir. Quanto ao conteúdo do pensamento reflete a realidade do mundo externa e interna não se apurando delírios. No entanto, apresenta a forma do pensamento circunstancial, incapaz de distinguir o acessório do central e perde-se em detalhes com discurso volúvel. Por vezes, compreende-se que o seu discurso se adapta, ao que considera aceitável para o entrevistador. Apresenta juízo crítico para a doença. Consegue avaliar que se encontra deprimido e identifica a dependência de álcool, mas não encontra soluções para o problema; apresenta perda de decisão para suspender consumo de álcool e necessidade de tratamento; com insight comprometido e ambivalência para a mudança do comportamento aditivo, não compreendendo a necessidade de permanecer internado. No momento do exame mental, não se apura ideação suicida/homicida.

3. RESULTADOS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

3.1. Entrevista motivacional

Perante o exame mental e a identificação dos diagnósticos de enfermagem foram planeadas várias sessões de acordo com um guião de orientação da entrevista motivacional. No entanto ao longo das sessões surgiu a necessidade de não seguir o guião na íntegra e as perguntas foram direcionadas e reestruturadas de acordo com a sequência do discurso (volúvel) do doente, facilitando a expressão das vivências e sentimentos e focalizando os aspetos essenciais.

3.1.1. Entrevista de acolhimento

Durante a realização da entrevista de acolhimento, o Sr. H esteve sempre colaborante embora inquieto com as perguntas que iam sendo feitas. Foi sugerido um plano terapêutico com o objetivo de o apoiar e adequar estratégias de prevenção da recaída que o doente aceitou cumprir. Compreende-se no seu discurso que tem conhecimento de algumas estratégias para controlar o consumo de álcool mas não desenvolveu competências para as aplicar. Procurou-se estabelecer o vínculo terapêutico e reorganizar metas a curto prazo de acordo com as necessidades do doente. Dada por terminada a entrevista de acolhimento, foi planeada a sessão seguinte.

3.1.2. Primeira sessão

Nesta sessão apresentou-se com aparência cuidada, com vestuário adequado para a época e manteve-se sempre desta forma em todas as sessões. Com humor eutímico, refere que pelo fato de se encontrar a tomar medicação prescrita pelo médico na sequência do último internamento e ter suspenso o consumo de álcool, fez com que se sentisse melhor, não apresentando sinais evidentes do contrário. Na maioria das vezes, o seu discurso torna-se circunstancial, sendo necessário direcionar o assunto principal e abandonar o acessório. Identifica as situações do passado que constituíram situações de crise na adolescência e na fase adulta e compreende-se que identifica o percurso longo de consumos de álcool. Identifica um agravamento da doença a partir da idade juvenil mas não consegue adquirir estratégias para suspender o consumo. A forma como o descreve, revela que tem conhecimento sobre algumas estratégias a adotar no sentido de prevenir a recaída, adquiridas na sequência de duas tentativas de tratamento.

Na fase seguinte, disponibilizei apoio terapêutico, para o estabelecimento de metas que permitissem o reforço da autoeficácia na mudança de comportamento e prevenir a recaída. Ao ser questionado sobre a forma como o poderia ajudar enquanto enfermeira, compreende-se que reconhece que não deve abandonar a consulta de psiquiatria e o hospital e procurar os recursos da comunidade para o apoiar.

Uma vez que a intervenção terapêutica tinha por objetivo, prevenir a recaída, avaliei em que estágio do processo de mudança se encontrava o doente recorrendo ao processo de mudança e estádios descritos por Prochaska e Diclemente (1982). Para os autores, na entrada para o processo de mudança, no estágio de “Pré-contemplação” a pessoa ainda não considera a mudança. De um modo geral, a pessoa nem sequer encara o seu comportamento como um problema, podendo ser chamado de “resistente” ou “em negação”. Quando tem consciência sobre o problema, a pessoa entra no estágio seguinte de “Contemplação.” O doente é considerado de contemplador que considera a mudança mas, ao mesmo tempo a rejeita e é nesta fase que a ambivalência deve ser trabalhada para possibilitar um movimento rumo à decisão de mudança. Uma vez trabalhada a ambivalência, a pessoa pode passar para o estágio de “Preparação”, onde estará pronta para mudar e aceitar o compromisso para a mudança. Faz parte deste estadio, aumentar a responsabilidade pela mudança e elaborar um plano específico de ação. O estágio seguinte é o de “Ação” onde o doente demonstra que mudou algo no seu comportamento, aceita o tratamento psicoterapêutico como um meio de assegurar o seu plano terapêutico, ganhar autoeficácia para a mudança e finalmente criar condições externas para a mesma. Segundo os autores, este ciclo de mudança no doente com comportamento dependente pode durar de 3 a 6 meses, já que, nestes casos, o novo comportamento (o de abstinência geralmente) demora tempo para se estabelecer. O grande teste para comprovar-se a efetividade da mudança, seria a estabilidade no estadio seguinte, durante anos, considerado pelos mesmos autores como o estadio da “Manutenção” (Prochaska e Diclemente, 1982).

Aparentemente, o doente evidenciava estar no *estágio de Pré-contemplação*, uma vez que afirmou sempre, que continuava sem beber álcool ao longo das três semanas em que se desenvolveram os momentos da entrevista, apresentando-se sempre abstinente. No entanto, ao descrever os vários acontecimentos que no passado, o levaram a beber, manifestava alguma insegurança e negação, descrevendo detalhes pouco relevantes em vez de se focalizar no problema primordial da dependência. A dificuldade em gerir os conflitos, o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e posteriormente, o comportamento

agressivo tornaram-se no padrão de comportamento frequente. Na fase seguinte, procurei estabelecer a relação empática e promover a autoreflexão sobre os acontecimentos e vivências que iam sendo descritos pelo doente.

Tal como afirmam Jungerman e Laranjeira (1999), na entrevista motivacional, entre as condições essenciais para que esta técnica funcione a principal é a empatia, que Rogers definiu como uma “escuta técnica reflexiva” que clarifique e amplie a experiência pessoal do doente, sem impor a opinião pessoal do terapeuta. Para os mesmos autores, nesta abordagem o terapeuta não assume o papel de “perito” a relação terapeuta-doente é mais de troca, visando a autonomia, liberdade de escolha do doente e sua eficácia. Apesar, da confrontação ser um objetivo implícito da entrevista motivacional, a confrontação direta, imediata e persuasão, são explicitamente evitadas já que estas geralmente aumentam a resistência e reduzem a probabilidade de mudança. Existe antes, uma atitude diretiva em que o terapeuta mantém sempre um propósito e uma direção (que é auxiliar o doente a lidar com a sua ambivalência e consequentemente possibilitar a mudança) e escolhe o momento certo de intervir, de modo a facilitar esta meta (Jungerman e Laranjeira, 1999).

3.1.3. Segunda sessão

Na segunda sessão procurei apoiar na mudança de comportamento, atendendo ao que caracteriza a entrevista motivacional breve. “A entrevista motivacional breve consiste em três sessões, que possuem impacto motivacional e precipitam mudanças de comportamento e que se focam em seis elementos: devolução; responsabilidade pessoal do doente; conselhos claros para mudança de hábito; seleção de uma abordagem específica de tratamento, mas oferecendo estratégias alternativas; empatia do terapeuta e reforço da autoeficácia da esperança do doente (Miller e Rollnick, 2001).

Procurei apoiar o doente a definir metas a curto prazo e clarificar o seu problema, questionando-o sobre o que se tinha modificado na sua vida, permitindo que tomasse consciência das consequências inerentes ao consumo prolongado de bebidas alcoólicas. Tendo em vista a identificação por parte do doente, dos acontecimentos que antecederiam e que constituam o estímulo para o consumo abusivo de bebidas alcoólicas e do comportamento agressivo posteriormente ao consumo, foram colocadas questões que permitissem a identificação por parte do doente, do padrão de comportamento destrutivo que foi desenvolvendo. Relata os acontecimentos, focando as dificuldades económicas e

as relações familiares conflituosas não justificando o seu comportamento com o consumo de bebidas alcoólicas.

Tal como afirmam Silva e Serra (2004) existem situações de alto risco encontradas em estudos empíricos de Marlatt (1994) e de Marlatt e Daley (1997) tais como: Determinantes intrapessoais (estados emocionais negativos, estados físicos negativos, teste de controle pessoal, desejos e tentações) e Determinantes interpessoais (conflitos interpessoais, pressão social, estados emocionais positivos).

Uma vez que as situações nunca foram reconhecidas pelo doente como situações de alto risco, procurei “devolver” os relatos ao doente, através da recapitulação dos factos, no sentido de promover a reflexão e permitir a consciencialização de que era fundamental corrigir comportamentos e afastar-se das discussões com terceiros e treinar uma resposta adequada.

De acordo com Marlatt (1994) o doente pode apresentar dois tipos de resposta perante uma situação de alto risco: enfrenta de forma positiva, a situação ou, não tem qualquer resposta à situação de risco. No primeiro caso, podemos afirmar que ao ter uma resposta adequada de proteção em relação ao consumo, aumenta a sua capacidade para atingir uma meta e diminui a probabilidade de recaída. No segundo caso, a não resposta à situação de risco leva à diminuição de autoeficácia por parte do doente, aumentando a probabilidade para a recaída. A falta de resposta de enfrentamento do problema leva a uma diminuição da autoeficácia e aumenta a probabilidade de recaída. Dada por terminada a sessão, foi agendado a sessão seguinte onde se focariam as situações de risco mais frequentes com que o doente se deparava e a melhor forma de as enfrentar no sentido de aumentar a autoeficácia para a mudança do comportamento.

3.1.4. Terceira sessão

Pela descrição dos fatos que o doente apresentou na sessão anterior, identifica-se a ausência de recursos internos para enfrentar as situações de risco presentes que o levam à recaída. Compreende-se que necessita de orientação no sentido de reorganizar a sua vida familiar de forma a ser autónomo financeiramente, adquirir estratégias para gerir o rendimento financeiro que recebe e desvincular-se da relação conjugal anterior que o leva a sentimentos autodestrutivos. Durante a entrevista foi dada relevância à forma como o doente se podia reorganizar recorrendo ao apoio da técnica de apoio social, ao estabelecimento de relações sociais mais saudáveis, ao reforço positivo sobre as suas competências profissionais e pessoais, ao reforço da autoestima e à procura de

apoio de instituições de saúde que o apoiem no controlo do impulso para beber ena prevenção da recaída. Passado um tempo, procurei elogiar o sucesso atingido pelo doente, que se mantinha abstinente, e valorizei as atitudes positivas. Programei uma entrevista final. Planeei o eventual encaminhamento do doente para um grupo de apoio e um pequeno exercício de reflexão sobre as desvantagens e vantagens da manutenção da abstinência na sua vida atual.

3.1.5. Quarta sessão

Embora programada a última sessão com o doente, este não compareceu. Feita tentativa de contato sem sucesso. Perante a falta de oportunidade para dar continuidade ao plano terapêutico, dei por encerrada a entrevista. Ainda assim, ficou com consulta de psiquiatria marcada antecipadamente.

3.2. Resultados Finais

Dada por terminada a intervenção de enfermagem, foi possível analisar os resultados obtidos através da monitorização dos indicadores que permitiram a classificação dos resultados de enfermagem - NOC (Johnson, Marion, Maas et al, 2004, p.284) para *Controlo de riscos: uso de álcool (1903)* aplicada na entrevista de acolhimento e no final da penúltima sessão, sendo estes apresentados no apêndice IV.

No final das intervenções de enfermagem verifica-se: o doente admite *muitas vezes* os riscos pelo uso inadequado de álcool e as consequências pessoais associadas ao consumo; monitoriza *muitas vezes* o ambiente quanto a fatores que encorajam o abuso de álcool bem como, os padrões pessoais de uso o álcool; *Por vezes* desenvolve e adapta estratégias sociais eficazes para controlo do uso de álcool conforme as necessidades e compromete-se em mantê-las; *Raramente* segue as estratégias selecionadas para controlo do uso abusivo do álcool porque não identifica as situações de risco que promovem o impulso para o consumo, como por exemplo as relações conflituosas que insiste em manter; verifica-se que utiliza *muitas vezes*, os serviços de saúde e participa na realização dos exames complementares de diagnóstico, na sequência das recaídas mas *raramente* utiliza os sistemas de apoio pessoal para controlar o consumo inadequado; Atualmente *nunca* recorre a grupos de apoio para controlo do consumo inadequado de álcool e *nunca* usa os recursos da comunidade para controlar a sua dependência de álcool. No entanto, reconhece e monitoriza *muitas vezes* as mudanças no estado de saúde quando não consome bebidas alcoólicas. Face aos problemas

financeiros e sociais com que se depara atualmente, verifica-se que só *às vezes* tem controlo na ingestão de álcool mantendo o risco elevado para a recaída.

No contexto hospitalar, verifica-se que a intervenção do enfermeiro, embora sistematizada e acordada com o doente, não permite o estabelecimento de um contrato terapêutico duradouro, apesar do problema identificado. O hospital é reconhecido pelo doente, habitualmente como um serviço de último recurso após os episódios de recaída. Verificamos ainda, que neste âmbito, o contexto cultural, social e económico dos participantes pode influenciar o percurso da doença, sendo identificados, o desemprego e as dificuldades económicas, como as principais situações de alto risco para a recaída.

No entanto, os contributos das intervenções de enfermagem na prevenção na recaída estão diretamente associados ao papel do enfermeiro no apoio psicoterapêutico, contribuindo para que o doente com dependência de álcool reconheça as vantagens do acompanhamento terapêutico contínuo, fique motivado para a mudança de comportamento, adote estratégias de prevenção da recaída e inicie um processo de reabilitação.

Para terminar destacamos os apêndices do trabalho apresentados da seguinte forma: Genograma e ecomapa apresentam-se no apêndice I, plano de cuidados encontra-se no apêndice II, o guião da entrevista no apêndice III e os resultados obtidos de acordo com a classificação NOC no apêndice IV.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização do estudo caso, permitiu-me desenvolver competências profissionais através implementação de um plano terapêutico individual e da aplicação da técnica de entrevista motivacional, indicando que esta constitui uma ferramenta essencial para proporcionar a mudança de comportamento na pessoa com problemas de alcoolismo.

Ao estudar o fenómeno de enfermagem como a dependência de álcool, compreendi que o enfermeiro desempenha um papel fundamental enquanto elemento de referência, no tratamento do doente. A intervenção psicoterapêutica possibilita a abordagem e correção da ambivalência que impede a tomada de decisões por parte do doente e permite planear metas reais, (discutidas em conjunto) no sentido de prevenir a recaída.

Tal como afirmam Jungerman e Laranjeira (1999), a motivação é encarada de forma mais dinâmica, não estática e influenciável por fatores externos assim como pelo terapeuta. Se o doente dependente permanece pouco tempo no tratamento, é preciso fazer uma intervenção rápida. Sendo a dependência uma condição crônica de recaída, o principal objetivo do tratamento será proporcionar condições de mudança concretas e a curto prazo. Segundo os mesmos autores, a dúvida surge no que se julga ser a motivação, pelo que o doente afirma e nesta abordagem, a preocupação centra-se no que o doente faz (já que o que o que afirma, não é garantia de que fará) e o que verbaliza. Assumir um diagnóstico não prediz sucesso de tratamento: muitos dependentes dizem que, o são mas não mudam e outros, que não se identificam como dependentes, conseguem mudar. O que parece predizer a mudança é a aderência da pessoa ao conselho ou plano estabelecido com o terapeuta. Dessa forma, o termo motivação, torna-se mais específico. Se a motivação é vista como o grau de compromisso ou adesão ao tratamento, esta pode ser encarada como a probabilidade de certos comportamentos ocorrerem. Desta forma, a visão de motivação torna-se mais prática e otimista, quer para o doente, quer para o enfermeiro e contribuir para a prevenção da recaída do doente dependente de álcool.

Para Marlatt e Gordon (1994), a recaída é um aspeto essencial a ser entendido quando se fala em mudança de hábitos nas dependências. Em termos clinicos, a recaída seria a recorrência dos sintomas da doença após um período de melhoria. Adaptando este conceito às dependências, a recaída será então um retomo aos níveis

anteriores de uso, seguido de uma tentativa para parar ou diminuir este uso, ou apenas o fracasso em atingir objetivos estabelecidos por um indivíduo após um período definido de tempo.

Compreende-se que a não adesão terapêutica por parte do doente e as recaídas frequentes exigem que a sensibilização deste seja fundamentada em metas passíveis de serem atingidas e concretizadas pela pessoa adita.

Neste contexto, durante o internamento do doente, a implementação de planos de prevenção da recaída parece passar para segundo plano, dando-se mais ênfase ao tratamento da doença orgânica

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, Elisa (2012). *As atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico*. Escola Superior de Saúde de Viseu. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria), Viseu. RCAAP.

Arkowitz, Hal, Westra, Henny, Miller, William, Rollnick, Stephen (2011). *Entrevista motivacional - no tratamento de problemas psicológicos*. São Paulo: Grupo Editorial Nacional.

Associação Psiquiátrica Americana (2002). *DSM IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (2013). *DSM V. TM. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5ª ed.), Washington: American Psychiatric Publishing.

Alvarez, Armando (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 56 (nº 3).188-193. Disponível em [Http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300006](http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300006).

Cabral, Lídia do Rosário (2004). Alcoolismo Juvenil. *Revista de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos*. (nº 30, de Outubro). 172-188. Disponível em [Http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/557/1/Alcoolismo%20juvenil.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/557/1/Alcoolismo%20juvenil.pdf)

Castro, Marcelle, Passos, Sónia (2005). Entrevista motivacional e escalas de motivação para tratamento em dependência de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*. (32 - 6, p. 330-335). Rio de Janeiro.

Chalifour, Jacques (2008). *A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (volume 1), Loures: Lusodidacta.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE*. (2ª ed.) Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, ISBN 972-98149-5-3.

DGS (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: DGS.

DGS (2013). *Plano Nacional para a Redução dos comportamentos aditivos e das dependências - 2013-2020*. Lisboa: SICAD Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Acedido em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/459>

Dias, Ruth (2009). Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – A entrevista motivacional. In Pereira, A (org). *Diretrizes clínicas para a atuação em saúde mental na atenção básica*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 1-11. Acedido em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Diretrizes de intervencao quanto a mudancas de comportamento A Entrevista Motivacional 1/219](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Diretrizes_de_intervencao_quanto_a_mudancas_de_comportamento_A_Entrevista_Motivacional_1/219)

Diclemente, Carlo (2001). *Entrevista Motivacional e os Estágios de Mudança*. In Miller, W; Rollnick, S. *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Editora Artmed.

Fligie, Neliana Laranjeira, Ronaldo, (2004). Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (26 - I). 63-67. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500016

George, Julia (2000). *Teorias de Enfermagem - os fundamentos à prática profissional*. (4ª edição), Brasil: Artemed.

Gigliotti, Analice, Bessa, Marco (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: Critérios Diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (nº 26 - I). 11-13.

Gonzales Ric, Casarin Sna, Caliri Mhl, Sasaki Cm, Monroe Aa, Villa Tes. (2003). Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem* (11 (2) de Março-Abril, p.227-31).

International Center for Alcohol Policies (2009). *Fatores Determinantes do Consumo de Álcool*. ICAP Health Issues (Online). Acedido em Junho de 2014 em www.icap.org/PolicyTools/ICAPHealthBriefings.

Johnson, Marion, Maas, Meridean, Swanson, Elizabeth (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*, (2ª ed). Porto Alegre: Editora Artmed.

Johnson, Peter, Rubin, Allen. (1983). Case management in mental health: A social work domain? *Social Work Journal*. Acedido em:
[Http://sw.oxfordjournals.org/content/28/1/49.short](http://sw.oxfordjournals.org/content/28/1/49.short)

Jungerman, Flávia, Laranjeira, Ronaldo (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Revista brasileira de psiquiatria* 48 (5). 197-207. Disponível em:
[Http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=238822&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=238822&indexSearch=ID)

Kaplan, Harold, Sadok, Benjamin (1997) – *Compêndio de Psiquiatria - ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª ed), Porto Alegre: Artes Médicas.

Kathy, Neeb (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Minnesota: Lusociência. ISBN 972-8383-14-2.

Lopes, Joaquim (2012). *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso - A experiência vivida da pessoa com problemas de adição*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.

Marlatt, Gordon (1994). *Prevenção da Recaída - estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Martins, M. Céu, Fernandes, Pedro (2008). *O Gestor de caso: aplicabilidade do conceito*. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Relatório Técnico-científico. Castelo Branco. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.11/1731>

Mccloskey, Joanne, Bulechek, Gloria (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. (3ª ed). Porto Alegre: Editora Artmed.

Mello, M, Barrias, J, Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: DGS.

Miller, William, Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed.

Sobell, Linda, Sobell, Mark (2008). Motivational Interviewing Strategies and Techniques: Rationales and Examples. Acedido em 9.10.014. Disponível em: http://www.nova.edu/gsc/forms/mi_rationale_techniques.pdf.

Pearson, Alan, Vaughan, Barbara (1993). Modelos para o exercício de Enfermagem. Lisboa: Editora ACESPS. ISBN: 978-075-061597-6.

Peplau, Hildegard (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat Editores.

Prochaska, James, Diclemente, Carlo (1982). *Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-288. Acedido em 2015 em: https://www.researchgate.net/publication/232461028_Trans-Theoretical_Therapy_-_Toward_A_More_Integrative_Model_of_Change

Rahioui, Hassan, Reynaud, Michel (2008). *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adições*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-296-9.

Rangé, Bernard, Marlatt, Alan (2008). Terapia cognitiva comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (30 – II, p. 588-595). Disponível em: <Http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a06v30s2.pdf>

Rodrigues, Alcides, Pissarra, Ana, Marques, Fernando et al (2011). A eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool, na pessoa adulta –

revisão sistemática da literatura. *Revista Toxicodependências*. (V.17 - 3. P. 37- 46), Lisboa: SICAD.

Rodrigues, Marta, Teixeira, Angela (2010). Da “falta de força de vontade” ao Empowerment na dependência de álcool. *Revista Toxicodependências*. (V 16 -1. P. 57-64), Lisboa: SICAD.

Rogers, Carl (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Sá Nogueira, Teresa, Ribeiro, Cristina (2008). Abordagem terapêutica da dependência alcoólica. *Revista Portuguesa de Clinica Geral*. (24: 305-16). Acedido em Outubro 2014 em: [Http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10489](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10489)

Santos, Maria Clara (2013). *Estádios Motivacionais em Pessoas dependentes do álcool internadas numa Unidade Especializada*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Coimbra.

Silva, Andrêa (2010). *Relação enfermeiro - doente alcoólico, e como esta é perspectivada pelo doente*. Universidade do Porto/ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental. Porto.

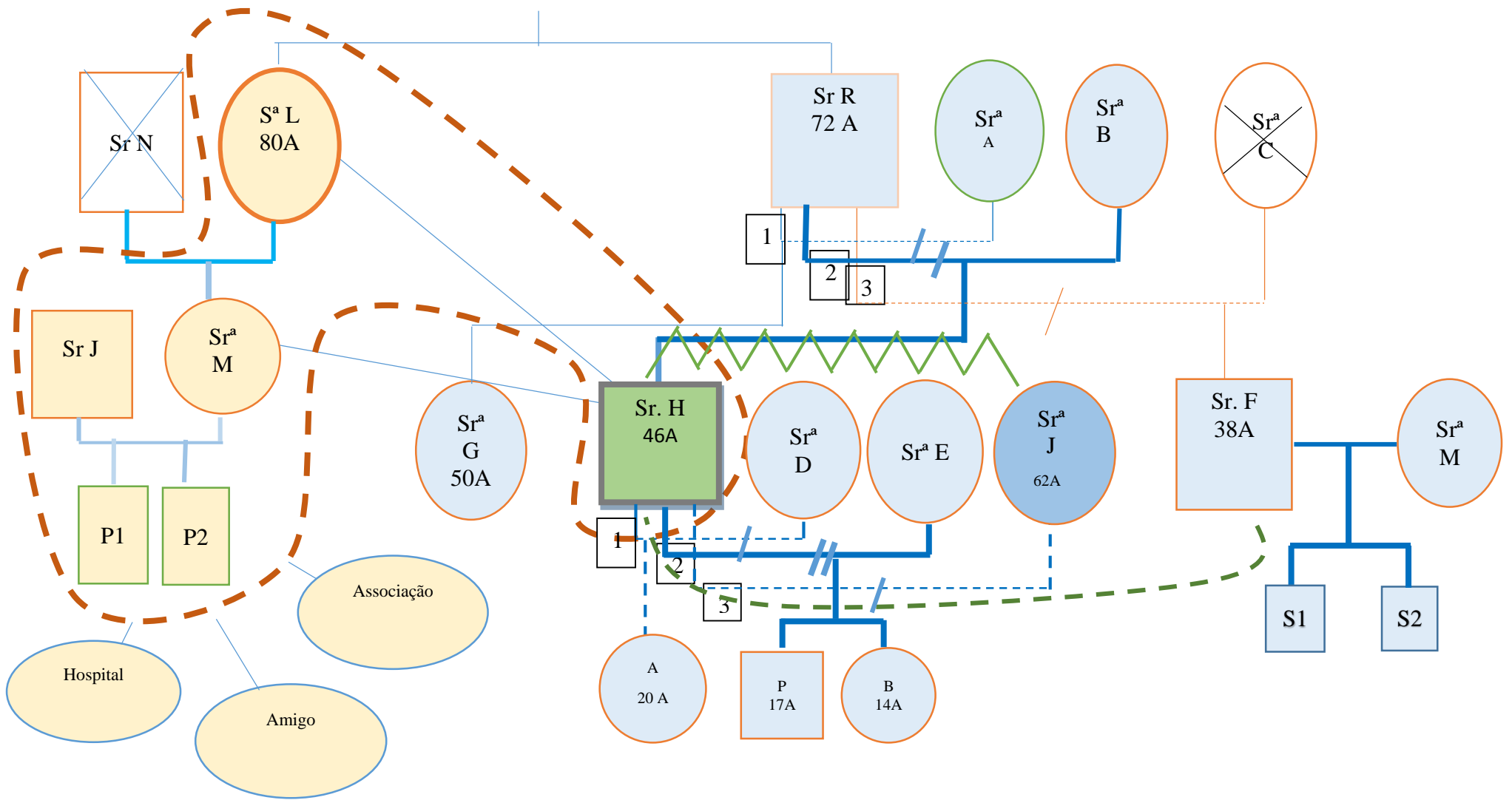
Silva, Cláudio, Serra, Ana (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl. 1, p.33-39).

Taylor, Cecília (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. (13ª edição). Porto Alegre: Artes médicas.

http://files.comunidades.net/enfermagemunip/instrumentos_de_abordagem_familiar__genomapa_e_ecomapa.pdf

APENDICES

APENDICE I
Genograma e Ecomapa de H



LEGENDA

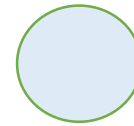
O Sr H é filho do segundo casamento do pai (Sr. R). Tem dois irmãos (uma irmã e um irmão).

O Sr. H tem três filhos: uma filha com 20 anos do primeiro matrimónio, um rapaz de 17 anos e uma rapariga de 14 anos do segundo matrimónio. Volta a ter uma terceira relação de facto com a Srª J.

Reside atualmente, na residência de uma tia (Srª L). Constam do agregado familiar a tia (Srª L), a filha desta tia (Srª M), o genro (Sr. J) e dois filhos do casal. (P1) (P2).

A interação com o exterior é reduzida. Refere que contata com um amigo do bairro, com os técnicos de uma associação, onde está inserido. Contata ainda com os técnicos de saúde do hospital.

Mulher



Homem



Relação facto



Matrimónio



Separação de facto



Divórcio



Relação escassa



Relação boa



Relação conflituosa



APENDICE II
Plano de Cuidados

PLANO DE CUIDADOS

Foram identificados os seguintes fenómenos de enfermagem.

Diagnóstico/ Fenómeno de Enfermagem: Uso de álcool em grau elevado manifestado por consumo diário de 1 litro de cerveja, 2 copos de vinho, 2 copos de Aperitivo).

Diagnóstico/ Fenómeno de Enfermagem: Risco de alteração do comportamento de abstinência por ausência de um plano terapêutico.

Diagnóstico/ Fenómeno de Enfermagem: Tomada de decisão ineficaz para mudança em relação à manutenção da abstinência.

Diagnóstico/ Fenómeno de Enfermagem: Autocontrolo ineficaz para a agressividade na presença de conflitos com familiares e amigos.

Diagnóstico/ Fenómeno de Enfermagem Risco de alteração de comportamento de abstinência manifestado pela não adesão ao processo terapêutico relacionado com a dependência de álcool.

Diagnóstico/ Fenómeno de Enfermagem: Risco de uso de álcool em grau elevado manifestado por episódio de recaída e ausência de estratégias de manutenção da abstinência.

Diagnóstico/ Fenómeno de Enfermagem: Tomada de decisão ineficaz para a mudança em relação à manutenção da abstinência, manifestada por ambivalência.

OBJETIVOS

Foram definidos os seguintes objetivos, de acordo com a negociação do plano terapêutico com o Sr. H:

Objetivo: Que o doente não apresente comportamentos de autoagressão pondo em risco a sua segurança.

Objetivo: Que doente identifique problemas físicos e psicossociais associados ao uso de álcool em grau elevado e suspenda o consumo.

Objetivo: Que utente consiga manter-se abstinente e adira a um plano terapêutico de prevenção da recaída.

Objetivo: Reforçar a mudança autodirigida iniciada pelo doente no alcance de metas pessoais importantes.

Objetivo: Permitir a expressão de sentimentos de raiva de forma adaptativa e não violenta.

Objetivo: Reforçar a mudança autodirigida iniciada pelo doente no alcance de competências pessoais importantes para a prevenção da recaída.

Objetivo: Encorajar o utente a assumir um comportamento de adesão ao processo psicoterapêutico na resolução do seu problema de dependência do álcool.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Ao longo dos momentos de entrevista e na fase de identificação e posteriormente fase de exploração foram planeadas e implementadas as seguintes intervenções de enfermagem:

Promover a expressão de sentimentos e emoções perante a crise.

Promover o apoio emocional através de escuta ativa e da relação terapêutica estabelecida.

Avaliar o motivo dos pensamentos destrutivos.

Auxiliar doente para que consiga identificar possíveis situações de risco que possam desencadear pensamentos destrutivos.

Administrar e vigiar toma de terapêutica instituída no internamento.

Identificar com doente, história de abuso de álcool ao longo do seu percurso de vida.

Apoiar o doente a identificar o problema de alcoolismo.

Encorajar o doente a assumir o controlo do seu próprio comportamento relativo ao consumo.

Apoiar doente a identificar fatores (sofrimento psicossocial, conflitos familiares e stress) que contribuem para o consumo abusivo de álcool.

Apoiar o doente na identificação dos efeitos nocivos da dependência de álcool sobre a saúde, a família e atividades diárias.

Identificar com o doente, o impacto de dependência de álcool nas relações familiares e profissionais.

Determinar a motivação do doente para a mudança de comportamentos de forma a manter a abstinência.

Encorajar o doente a analisar o seu próprio comportamento perante a dependência de álcool.

Encorajar a substituição de hábitos de vida indesejáveis, por hábitos de vida saudáveis.

Oferecer o reforço positivo nas decisões do próprio.

Estabelecer com o doente, objetivos de mudança a curto prazo, relativamente à manutenção da abstinência.

Apoiar na identificação de pequenos sucessos de mudança de comportamento face ao risco de consumo.

Identificar com o doente, o apoio possível de pessoas significativas.

Encorajar para analisar os seus valores e crenças pessoais.

Auxiliar o doente a identificar as metas específicas na manutenção da abstinência.

Reforçar apoio ao doente na identificação de comportamentos-alvo que necessitem de mudança, de modo a evitar a recaída.

Avaliar os conhecimentos e as habilidades do doente em relação à mudança de comportamento desejada.

Avaliar com doente, o ambiente familiar e social que o rodeia, de modo a reforçar apoios que permitam manter o comportamento de mudança desejável.

Apoiar o doente no sentido de identificar fontes de conflito que levam a agressividade.

Identificar com o doente, o impacto do abuso de álcool nas relações familiares e profissionais.

Apoiar o doente no sentido de identificar estratégias de prevenção de manifestações inadequadas de agressividade.

Identificar com o doente os benefícios da expressão de sentimentos de raiva de forma adaptativa e não violenta.

AVALIAÇÃO

Ao longo da entrevista foram avaliadas as várias intervenções de enfermagem implementadas na sequência da Entrevista Motivacional. No primeiro momento de entrevista motivacional em ambulatório verbalizou que se encontra sem consumir bebidas alcoólicas, na sequência de um último internamento. Foram monitorizados os resultados para Controlo de Riscos: uso de álcool (1903) com recurso à classificação dos resultados de enfermagem NOC (Johnson, Marion, Maas, Meridean et al, 2004,p.284).

O doente descreve o início do consumo de álcool, na adolescência mantendo-se o comportamento de adição na idade adulta. Identifica o problema de saúde e refere ter feito duas tentativas de desabituação do álcool embora com pouco sucesso. Identifica problemas familiares associados a conflitos mas não os relaciona com o problema de alcoolismo. Refere estar abstinente. Aparentemente encontra-se na fase de pré-contemplação para a mudança. Descreve situações de risco para a recaída evitando ambientes onde o consumo de bebidas alcoólicas está sempre presente. Identifica-se a dificuldade do doente em gerir conflitos na sequência do consumo abusivo de álcool,

associando-se o comportamento de agressividade. Não associa o comportamento agressivo como consequência do consumo de álcool pelo que se reforçou a relação dos dois fenómenos.

Após monitorização dos indicadores dos resultados de enfermagem - NOC (Johnson, Marion, Maas et al, 2004, p.284) para *Controlo de riscos: uso de álcool (1903)* no final das intervenções de enfermagem verifica-se: o doente admite *muitas vezes* os riscos pelo uso inadequado de álcool e as consequências pessoais associadas ao consumo; monitoriza *muitas vezes* o ambiente quanto a fatores que encorajam o abuso de álcool bem como, os padrões pessoais de uso o álcool; *Por vezes* desenvolve e adapta estratégias sociais eficazes para controlo do uso de álcool conforme as necessidades e compromete-se em mante-las; *Raramente* segue as estratégias selecionadas para controlo do uso abusivo do álcool porque não identifica as situações de risco que promovem o impulso para o consumo, como por exemplo as relações conflituosas que insiste em manter; verifica-se que utiliza *muitas vezes*, os serviços de saúde e participa na realização dos exames complementares de diagnóstico, na sequência das recaídas mas *raramente* utiliza os sistemas de apoio pessoal para controlar o consumo inadequado; Atualmente *nunca* recorre a grupos de apoio para controlo do consumo inadequado de álcool e *nunca* usa os recursos da comunidade para controlar a sua dependência de álcool. No entanto, reconhece e monitoriza *muitas vezes* as mudanças no estado de saúde quando não consome bebidas alcoólicas. Face aos problemas financeiros e sociais com que se depara atualmente, verifica-se que só *às vezes* tem controlo na ingestão de álcool mantendo o risco elevado para a recaída.

APENDICE III
Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

1ª- SESSÃO (Identificação da motivação para a mudança)

1. Detetei pela sua história clínica, que tem um problema de saúde relacionado com o consumo de álcool. Importa-se que falemos sobre os efeitos do álcool na sua vida?
2. Na sequência do internamento, detetei que pediu alta? O que aconteceu e porque o fez?
3. Fale-me um pouco sobre quando começou pela primeira vez a beber álcool?
4. O que passou a ser diferente na sua vida?
5. O que pode mudar na sua vida se parar de beber?
6. O que pensa sobre a preocupação dos outros e da sua família, relativamente ao seu problema?
7. O que gostava de ver diferente na sua situação atual?
8. O que o faz pensar que precisa mudar?
9. O que acontecerá se não mudar?
10. O que seria diferente na sua vida, se voltasse a entrar num programa de tratamento para o álcool?
11. Uma vez que não quer reentrar num programa de tratamento e prevenção da recaída, que benefícios existiriam, se alterasse o seu comportamento gradualmente?

2ª- SESSÃO (Identificação para a mudança de estilos de vida)

1. Tenho a sensação que existe uma pressão enorme em si, para mudar devido às dificuldades teve no passado e que mantém no presente?
2. Já pensou alguma vez, se precisa mudar a sua atitude, relativamente ao problema que apresenta relativamente?
3. Que vantagens têm em manter relações que o podem levar a conflitos familiares? Em que medida isso, o prejudica?
4. Que benefícios teriam, se evitasse as relações de conflito (situação específica)?

3ª- SESSÃO (Identificação das situações que possam levar à recaída e sobre o início do percurso que pode levar à recaída)

1. Há quantos dias deixou de beber álcool? Como se sente?

2. Nesta ultima semana, o que fez de diferente na sua vida, para que se sinta bem consigo?
3. Do que falamos anteriormente detetei que tem problemas de agressividade para com os outros, quando em conflito. Reconhece isso em si?
4. O que pode fazer no sentido de evitar conflitos e comportamentos agressivos com os outros?
5. Esta será a penúltima entrevista que lhe farei. Espero que lhe tenha sido útil para que possa continuar sem beber e manter-se abstinente por mais tempo. Se fosse convidado a integrar um grupo aberto de prevenção da recaída iria participar?
6. Vou-lhe pedir que faça um exercício em casa, que depois discutiremos. Na folha de papel, coloca um risco no meio. De seguida, na coluna da esquerda escreva as desvantagens na sua vida, se beber álcool e, na outra coluna escreva as vantagens que adquiriu até agora, (desde que deixou de beber) e outras que podem vir a acontecer.

4ª- SESSÃO (Identificação da situação atual de acordo com a realidade e como atingir metas de tratamento no futuro).

1. Podemos analisar as vantagens encontradas na sua vida atual desde que se mantem em abstinência?
2. O que gostava de modificar na sua vida, daqui a um ano?

APENDICE IV
Resultados / classificação NOC

Controlo de Riscos: Uso de Álcool (1903)

Entrevista de acolhimento

Domínio: Conhecimento e Compromisso de Saúde (IV)

Classe: Controlo de Riscos e Segurança (T)

Escala: Nunca demonstrada a consistentemente demonstrada (m)

Definição: ações para eliminar ou reduzir o uso do álcool que constitui uma ameaça à saúde.

Controlo de Riscos: Consistentemente Uso de Álcool	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
	1	2	3	4

Indicadores

190301	Admite riscos pelo uso inadequado de álcool			4	
190302	Admite consequências pessoais associadas ao uso inadequado do álcool		3		
190303	Monitoriza o ambiente quanto a fatores que encorajam o abuso do álcool		3		
190304	Monitoriza padrões pessoais de uso do álcool		3		
190305	Desenvolve estratégias eficazes para controlo do uso de álcool	2			
190306	Adapta estratégias de controlo do uso de álcool conforme as necessidades	2			
190307	Compromete-se com as estratégias de controlo do uso de álcool	2			
190308	Segue estratégias selecionadas para controlo do uso do álcool	2			
190309	Participa em exames para problemas associados de saúde	2			
1903010	Usa serviços de cuidados de saúde coerentes com a necessidade	2			
1903011	Usa sistemas de apoio pessoal para controlar o uso inadequado do álcool	1			
1903012	Usa grupo de apoio para controlo do uso inadequado do álcool	1			
1903013	Usa recursos da comunidade para controlar o uso inadequado do álcool	1			
1903014	Reconhece mudanças no estado de saúde	1			

1903015 Monitoriza mudanças
no estado de saúde 1

1903016 Controla a ingestão de
álcool 1

1903017 Outro
Especificar 1

Controlo de Riscos: Uso de Álcool (1903)

Avaliação final na 3ª Sessão da entrevista motivacional

Domínio: Conhecimento e Compromisso de Saúde (IV)

Classe: Controlo de Riscos e Segurança (T)

Escala: Nunca demonstrada a consistentemente demonstrada (m)

Definição: ações para eliminar ou reduzir o uso do álcool que constitui uma ameaça à saúde.

Controlo de Riscos:		Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	
Consistentemente						
Uso de Álcool		1	2	3	4	5
Indicadores						
190301	Admite riscos pelo uso inadequado de álcool			4		
190302	Admite consequências pessoais associadas ao uso inadequado do álcool			4		
190303	Monitoriza o ambiente quanto a fatores que encorajam o abuso do álcool			4		
190304	Monitoriza padrões pessoais de uso do álcool			4		
190305	Desenvolve estratégias eficazes para controlo do uso de álcool		3			
190306	Adapta estratégias de controlo do uso de álcool conforme as necessidades		3			
190307	Compromete-se com as estratégias de controlo do uso de álcool		3			
190308	Segue estratégias selecionadas para controlo do uso do álcool		2			
190309	Participa em exames para problemas associados de saúde		2			
1903010	Usa serviços de cuidados de saúde coerentes com a necessidade			3		
1903011	Usa sistemas de apoio pessoal para controlar o uso inadequado do álcool		2			
1903012	Usa grupo de apoio para controlo do uso inadequado do álcool	1				
1903013	Usa recursos da comunidade para controlar o uso inadequado do álcool	1				
1903014	Reconhece mudanças no estado de saúde				4	

1903015	Monitoriza mudanças no estado de saúde		4
1903016	Controla a ingestão de álcool		3
1903017	Outro Especificar	1	

Johnson, Marion, Maas, Meridean, Swanson, Elizabeth (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*, (2ª ed.).Porto Alegre: Editora Artmed.

APENDICE II
Estudo caso / equipa de tratamento

INDICE

INTRODUÇÃO -----	2
1.JUSTIFICAÇÃO CONCEPTUAL -----	3
2. ESTUDO CASO -----	5
2.1. Descrição geral e antecedentes de saúde -----	5
2.2. Exame do estado geral e mental -----	5
2.3. História familiar e sociocultural -----	7
2.4. História do consumo de álcool -----	7
3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM -----	9
3.1- Entrevista motivacional -----	9
3.1.1. Entrevista de acolhimento -----	9
3.1.2. Primeira sessão -----	10
3.1.3. Segunda sessão -----	11
3.1.4. Terceira sessão -----	13
3.1.5. Quarta sessão -----	14
4. RESULTADOS -----	15
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS -----	17
6.REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	18
APENDICES -----	24
APENDICE I – Genograma e ecomapa de L -----	25
APENDICE II – SOCRATES 8D -----	29
APENDICE III – Resultados /classificação NOC -----	32

INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do estágio de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria e tem como objetivo apresentar a história clínica e a respetiva intervenção de âmbito psicoterapêutico, tendo por base o modelo teórico das relações interpessoais da enfermagem de Hildegard Peplau. A seleção do doente com dependência de álcool surgiu após ter recorrido voluntariamente à Equipa de Tratamento na sequência da recaída. O acompanhamento terapêutico, por parte da enfermeira e a readmissão no programa de tratamento surge após pedido de ajuda do próprio. O estudo caso centra-se na teoria de enfermagem de Hildegard Peplau (1990) que define a enfermagem como um processo terapêutico e interpessoal que funciona de forma cooperativa com outros processos humanos que tornam possível a saúde dos indivíduos no seio das comunidades, tendo a enfermeira um papel educativo, uma força de amadurecimento que aspira o desenvolvimento da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária (Peplau, 1990).

O processo terapêutico individual que planeei com o doente permitiu desenvolver uma das competências fundamentais que o enfermeiro de saúde mental e psiquiatria deve possuir como a relação terapêutica. Outra das técnicas de âmbito psicoterapêutico que desenvolvi foi a entrevista motivacional, descrita por alguns autores como uma técnica que ajuda a pessoa com doença mental associada à dependência do álcool a adotar um comportamento de mudança através da motivação.

Segundo Dias (2009), a entrevista motivacional envolve um espírito de colaboração, participação e autonomia tanto do doente, quanto do profissional de saúde, onde ambos articulam alternativas, em que a motivação para a mudança é construída de forma natural e espontânea. É uma técnica de abordagem não-confrontativa e semiestruturada, que identifica e trabalha a motivação do doente já que é centrada nas suas necessidades e experiências. Estimula a autoeficácia, a partir do momento em que o doente consegue realizar as mudanças propostas, e assim gera um forte impulso para mudar hábitos e estilos de vida.

Considerando as vantagens da entrevista motivacional, foi possível planejar, implementar intervenções de enfermagem e dar resposta às necessidades da pessoa com dependência de álcool e desta forma, construir o estudo caso que seguidamente apresento. Toda a informação disponível só foi possível após o devido consentimento do doente.

1. JUSTIFICAÇÃO CONCEPTUAL

Herrera et al (2003) afirmam que, como enfermeiros que cuidam do outro, procuramos encontrar marcos conceptuais que melhor se adequam à prática, e que permitam ajudar o doente a obter a recuperação parcial ou total da saúde. Segundo as autoras, o modelo de Peplau é o que apoia, de forma mais adequada, o enfermeiro a desempenhar o papel profissional em saúde mental em toda a sua amplitude porque permite compreender os diversos aspetos da relação enfermeiro-doente e ao mesmo tempo, disponibiliza diretrizes para a intervenção psicoterapêutica (Herrera, 2003).

Da mesma forma, a finalidade da prática de enfermagem, na relação interpessoal é aquela em que duas pessoas se conhecem o suficiente para enfrentarem de forma cooperativa, os problemas que surgem. A relação da enfermeira com o doente pode representar-se segundo um contínuo: no extremo estão dois indivíduos com metas e interesses diferentes; e no outro, duas pessoas que colaboram para a solução de um problema sobre o qual partilham algumas ideias. Num determinado momento, a relação situa-se no ponto do contínuo (Peplau, 1990).

Para a autora, a enfermagem pode ser entendida como um processo interpessoal pelo fato de envolver interação entre duas ou mais pessoas, com uma meta comum. Na enfermagem, essa meta comum proporciona o incentivo ao processo terapêutico, no qual o profissional de enfermagem e doente se respeitam mutuamente como indivíduos, ambos aprendendo e crescendo como um resultado da interação (George, 2000). De acordo com a mesma autora, citando Peplau (1990), a conquista dessa meta ou de qualquer outra, é obtida através do uso de uma série de passos que seguem um determinado padrão. Uma vez que a relação do enfermeiro com o doente se desenvolve nesse padrão terapêutico, há flexibilidade na forma como o profissional age, na prática, fazendo julgamentos, utilizando habilidades fundamentadas no conhecimento científico, utilizando habilidades técnicas e assumindo papéis. Quando o profissional de enfermagem e o doente identificam pela primeira vez, um problema e começam a focalizar o desenvolvimento da ação, abordam esse desenvolvimento a partir de conhecimentos e experiências diversos e de singularidades individuais (George, 2000). Neste sentido, cada momento terapêutico influencia o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro e por sua vez, este exerce uma influência direta no processo terapêutico. No processo terapêutico, a relação terapêutica estabelece-se por fases de interação que se interligam e se sobrepõem. O enfermeiro experiente deve reconhecer as

fases distintas assim como os cuidados necessários, em cada uma das fases do processo terapêutico. Para atingir este conhecimento, o enfermeiro deve compreender claramente o que o doente comunica; a forma como o faz; que necessidades apresentam; como as expressa e o que acontece, quando são satisfeitas estas necessidades humanas.

Tal como afirma George (2000), o doente expressa as suas necessidades quando estas criam tensão no seu desenvolvimento, e o seu comportamento altera-se no sentido de reduzir essa mesma tensão. Assim, compete ao enfermeiro, observar este comportamento e através da relação terapêutica, apoiar o doente a adaptar-se aos acontecimentos presentes na sua vida e que condicionam o seu desenvolvimento. Procura-se desta forma justificar a pertinência do estudo da teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau e a sua adequação ao caso prático que me propus analisar. Procurei respeitar as quatro fases que a autora preconiza no processo da relação interpessoal do enfermeiro com o doente desenvolvendo competências pessoais e profissionais como a observação direta, a entrevista motivacional, a relação de ajuda, assim como a colheita de informação através de consulta do processo clínico.

2. ESTUDO CASO

Na elaboração do estudo caso foram aplicadas técnicas de comunicação, a técnica de entrevista motivacional, a observação direta, a colheita de dados do processo clínico do doente, assim como a discussão sobre o caso na equipa multidisciplinar. Foi fundamental a sensibilização do doente para a adesão à terapêutica bem como, para a adoção de um comportamento de procura de saúde, aceitando o plano psicoterapêutico proposto em conjunto.

Seguidamente apresenta-se o estudo caso que permitiu refletir sobre a eficácia das intervenções de enfermagem de âmbito psicoterapêutico.

Durante este percurso foram omissas informações de forma a preservar a confidencialidade dos dados e a identidade do doente. Foi dado pelo doente, o consentimento verbal para a elaboração do estudo caso.

2.1. Descrição geral e antecedentes de saúde

O Sr L de 39 anos, sexo masculino, leucodérmico, gosta de ser chamado por L. É católico não praticante. É divorciado e não tem filhos. Atualmente tem relação de fato com a Sr^a MC. Constam do seu agregado familiar a companheira e os seus dois filhos mais novos. Trabalha na restauração. Como pessoa significativa, indica a irmã mais nova S. Tem como antecedentes pessoais: tabagismo (20 cigarros/ por dia); consumo de risco de álcool desde os 14 anos; consumo nocivo de álcool a partir dos 16 anos. Suspende o uso abusivo aos 22 anos por iniciativa própria. Aos 25 anos volta a consumir bebidas alcoólicas acentuando-se a perda de controlo do consumo. Apresenta história clínica de dois internamentos no hospital por recaída. Inicia tratamento para a dependência de álcool após encaminhamento hospitalar, mantendo-se abstinente durante um longo período. Mais tarde, abandona o programa da Equipa de Tratamento mantendo-se abstinente durante meses e tem posteriormente uma recaída.

2.2. Exame do estado geral e mental

O Sr L apresenta idade aparente superior à real, com vestuário prático e imagem cuidada, embora com barba por fazer. Emagrecido com postura ereta sem alterações na marcha. O seu comportamento é inquieto mas mantém contato visual. Apresenta-se colaborante durante a entrevista e um aparente otimismo perante o seu pedido de ajuda.

Refere sentir-se bem desde que iniciou o tratamento farmacológico. Apresenta humor eutímico, ligeiramente ansioso e com expressão de sentimentos inadequada, manifestando dificuldade em verbalizar os seus sentimentos e emoções perante as relações que estabelece.

Foi aplicada a escala de alexitimia e discutido o resultado na equipa multidisciplinar uma vez que se detetou sempre uma fraca adesão ao tratamento psicoterapêutico instituído anteriormente e no momento atual. No entanto, apresenta (na escala TAS 20), um valor de 66 (maior que 61) refletindo presença clara de alexitimia). A dificuldade em se expressar está quase sempre presente em todas as sessões dificultando a interação terapêutica necessária no processo. O seu discurso é espontâneo, organizado, fluente e compressão intacta. Por vezes, compreende-se que o seu discurso se adapta, ao que considera aceitável para a enfermeira.

Aparentemente o processo de pensamento é lógico, coerente e fácil de seguir. Quanto ao conteúdo do pensamento, reflete a realidade do mundo externa e interna, não se apuram delírios. O conteúdo do pensamento centra-se no tratamento farmacológico para controlar o impulso de beber álcool e receio da recaída, não apresentando estratégias de solução para o seu problema de adição. Relativamente à perceção não foram identificadas alterações. Nega alucinações visuais, auditivas e atualmente não se apura ideação suicida. O Sr. L. apresenta-se consciente e lucido; orientado no espaço, no tempo, alopsiquicamente (identifica os outros e a situação) e autopsiquicamente (identifica-se a si mesmo). Ao nível da atenção, consegue focalizar -se no assunto de acordo com o estímulo. Apresenta memória recente (de curto e longo prazo) e remota, mantidas. Demonstra capacidade para evocar e reconhecer pessoas e experiências passadas. Apresenta insight para a doença embora relativamente à dependência do álcool manifeste ambivalência, com necessidade de adoção de comportamentos de procura de saúde de âmbito psicoterapêutico no sentido de prevenir a recaída. Embora apresente crítica para a doença, manifesta dificuldade em reconhecer a magnitude do problema adito e as suas consequências a longo prazo. Porém reconhece e identifica os recursos de saúde da comunidade que o podem apoiar sempre que apresente uma recaída.

2.3. História familiar e sociocultural

O Sr L é o segundo filho do casamento do Sr A com a Sr^a B. Tem sete irmãos sendo um dos filhos mais novos. Passou a sua infância e adolescência com os pais e

com os quatro irmãos mais novos. Após o divórcio viveu sempre com a mãe. Mais tarde estabelece relação de facto com a Sr^a MC, relação esta que se mantém. As relações com o exterior são fracas mas mantém relação forte com a irmã S e as sobrinhas (I e Ia) e relação fraca com um dos irmãos mais velhos.

No apêndice I encontra-se a representação do Genograma e o ecomapa de L.

2.4. História do consumo de álcool

O Sr L começou a consumir álcool aos 14 anos. Dos 16 aos 22 anos, altura em que ainda tinha controlo sobre o comportamento aditivo apresentava consumos nocivos durante oito anos mas sem manifestações de dependência.

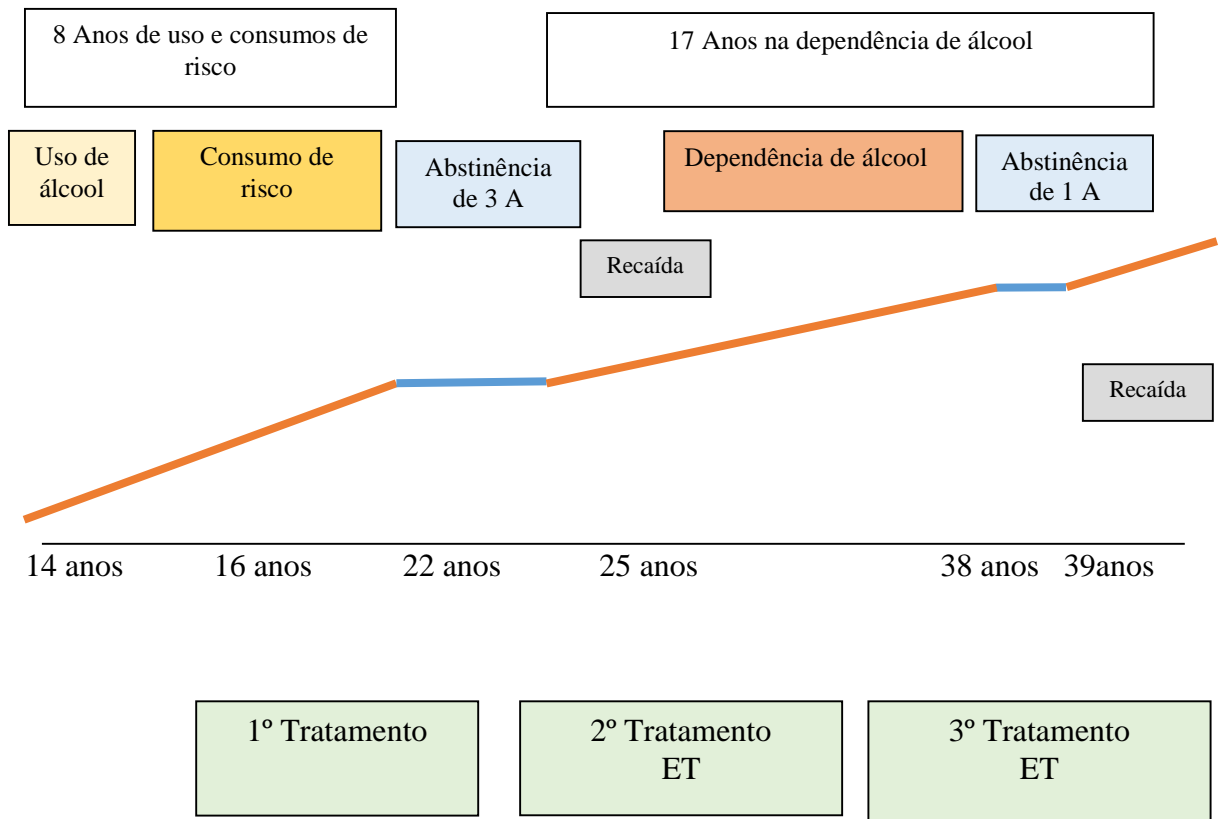
A partir dos 22 anos refere ter suspenso o consumo, mantendo-se em abstinência durante três anos, sem qualquer apoio clínico. Esta fase coincidiu com o seu casamento.

Aos 25 anos, tem uma recaída e volta a consumir bebidas alcoólicas. Verifica-se a perda de controlo sobre o consumo, durante 17 anos, apresentando um padrão de consumo que se desenvolveu após repetido uso de álcool, desejo contínuo de consumir bebidas alcoólicas, descontrolo sobre o seu comportamento de consumo apesar das consequências, descurando as outras atividades e obrigações. Verifica-se o aumento da tolerância ao álcool (necessidade de quantidades maiores para atingir o efeito desejado ou uma diminuição acentuada do efeito com a utilização da mesma quantidade) e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado.

Durante vinte e cinco anos, o Sr L desenvolveu um padrão de consumo de álcool que se veio a manifestar pela dependência de álcool, necessitando de tratamento farmacológico e psicoterapêutico contínuo.

Na página seguinte apresenta-se a figura nº 1, que representa a linha da vida do Sr L, ao longo dos vinte e cinco anos de história do consumo de álcool em que o padrão de consumo se foi alterando, levando ao aparecimento da doença de adição.

Figura nº1 – História do consumo de álcool.



3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

3.1. Entrevista motivacional

3.1.1. Entrevista de acolhimento

Com a integração do Sr L na equipa de tratamento, foram realizadas intervenções de enfermagem protocoladas no serviço e que permitem dar continuidade ao processo farmacológico e psicoterapêutico. O Sr L foi readmitido no programa após discussão em reunião multidisciplinar semanal. Foi também encaminhado para o grupo de acolhimento realizado com os doentes admitidos nesta fase mas não compareceu manifestando a dificuldade em aderir aos grupos terapêuticos. Posteriormente passou-se à fase seguinte com a implementação das intervenções de enfermagem iniciais que se podem inserir na fase de orientação do modelo de Peplau e que seguidamente descrevo:

- Encorajar a tomada de decisão relativamente ao pedido de ajuda e à abstinência de álcool.
- Proporcionar a realização de exames complementares de diagnóstico em ambulatório com entrega das respetivas requisições.
- Informar devidamente o doente e realizar o teste rápido para rastreio de VIH conforme protocolo do serviço.
- Monitorizar taxa de álcool com o teste rápido – na primeira consulta e depois monitorização semanal.
- Ensinar sobre os mecanismos de ação dos medicamentos aversivos, supervisionar toma observada diária da terapêutica instituída (dissulfiram 1/2cp - 250mg /dia) e avaliar se doente realiza toma de Tiapridal (1/4 cp / 25 mg 3 x dia) em ambulatório.

Na fase seguinte, foram planeadas intervenções de enfermagem como objetivo de prevenir a recaída, recorrendo à técnica de entrevista motivacional. Foram planeadas quatro sessões, incluindo a entrevista de acolhimento, de acordo com a disponibilidade do doente para comparecer na consulta. Seguidamente apresenta-se o percurso terapêutico feito pelo doente na equipa de tratamento.

3.1.2. Primeira sessão

Em todas as sessões apresentou-se sempre com postura confiante e um otimismo exagerado, aparentemente funcionando como mecanismo de defesa perante a necessidade de interagir com a enfermeira e se expor (cruzando os braços, perante a

necessidade de se expressar) em relação ao seu problema. Na maioria das vezes, o seu discurso tornava-se circunstancial, respondendo com frases que sabe que seriam aceites pela enfermeira, (como se já soubesse as respostas a dar, já apreendidas na sequência do tratamento anterior). Esteve sempre colaborante embora inquieto. Quando questionado sobre o abandono do tratamento anterior, justifica-se com a falta de disponibilidade profissional para se dirigir ao serviço, para realizar a toma presencial da terapêutica e participar nos grupos terapêuticos. No entanto, refere ter permanecido abstinente durante sete meses, sem tratamento, tendo tido uma recaída, na altura em que ficou desempregado.

Na primeira sessão foram identificados os seguintes fenómenos de enfermagem e foi perante estes que as intervenções se focaram: Risco de uso de álcool em grau elevado e de recaída, manifestado por ausência de estratégias de manutenção da abstinência e tomada de decisão ineficaz para a mudança em relação à manutenção da abstinência manifestada por ambivalência.

Foram definidos os seguintes objetivos, de acordo com o plano terapêutico instituído:

Objetivo: Que utente consiga manter-se abstinente e adira a um plano psicoterapêutico estabelecido por ambas as partes.

Objetivo: Reforçar a mudança autodirigida iniciada pelo doente no alcance de metas pessoais importantes.

Objetivo: Encorajar o utente a assumir um comportamento de adesão terapêutica na resolução do problema de dependência do álcool.

Apesar da falta de assiduidade na consulta por parte do Sr L, foram implementadas intervenções de enfermagem gradualmente, sempre que comparecia, de acordo com a identificação das necessidades do doente e da confiança estabelecida na relação terapêutica.

Na fase de exploração foram planeadas e implementadas as seguintes intervenções de enfermagem:

- Estabelecer o vínculo terapêutico e construir relação terapêutica com doente.
- Analisar com o doente, o significado dos eventos que o trouxeram ao serviço e os resultados dos tratamentos anteriores.
- Identificar a história de uso inadequado de álcool e realizar com doente, o desenho ilustrativo do seu percurso de consumo.

- Analisar a percepção do doente sobre o problema e os fatores desencadeantes da recaída.
- Avaliar a motivação do doente para a mudança com a aplicação da escala de SOCRATES 8D.

Perante a descrição dos acontecimentos do passado, compreende-se que o Sr L identifica o seu percurso de consumos. Revela-o quase como um percurso de heroísmo, reconhecendo ao mesmo tempo, que veio prejudicar a sua vida e a sua saúde e que tinha chegado o momento para suspender o consumo. Aparentemente, evidenciava estar na “fase de contemplação,” uma vez que se mantinha abstinente há algum tempo admitindo o problema, embora se mostrasse ambivalente em relação ao tratamento de âmbito psicoterapêutico. Inicialmente, foi feito um esboço sobre a linha da vida e a história de consumos do Sr L e foi apresentado o desenho cronológico evidenciando o período de tempo com consumos abusivos de álcool. Procurei devolver o problema e desta forma promover a consciência da necessidade de mudança. Este manifestou-se admirado mas consciente do problema. Dada por terminada a primeira sessão programou-se uma segunda sessão na semana seguinte.

3.1.3. Segunda sessão

Na segunda sessão procurou-se desenvolver as seguintes intervenções de enfermagem:

- Encorajar a expressão de sentimentos e emoções passadas e presentes.
- Retribuir algumas das perguntas da escala de SOCRATES 8 D que de certa forma, manifestaram a ambivalência do doente perante a doença e solicitar um exercício de escrita e reformulação das respostas como momento de autoreflexão sobre as mesmas.
- Identificar com o doente, o impacto do abuso de álcool nas relações familiares e profissionais através da realização do ecomapa.
- Encorajar o doente a assumir o controlo do seu próprio comportamento relativo à adesão ao tratamento de âmbito psicoterapêutico individual e em grupo.

Nesta sessão foi dada oportunidade para refletir sobre o percurso de consumos de álcool tendo presente o desenho cronológico desse percurso. Na fase seguinte solicitei-lhe o preenchimento da Escala de motivação SOCRATES 8D com o objetivo de avaliar a

motivação para a mudança. A origem da escala deve-se a Miller e Tonigan (1996). Esta mede os estados de mudança em relação a Reconhecimento, Ambivalência e Ação. Segundo Santos (2013), o questionário designado de “ Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES) ”, na versão 8D, foi adaptado para a população portuguesa em doentes toxicodependentes por Janeiro, Faísca e Miguel (2007) embora, possa ser aplicada, conforme indicações dos autores da escala, para a área do consumo de álcool. Esta escala pode constituir uma estratégia para abordar a motivação para a mudança que constitui um foco importante para o tratamento como citado em Janeiro et al (2007) (Santos, 2013).

“Este questionário teve, segundo Janeiro et al (2007), uma primeira versão que avaliava os cinco estádios de mudança, baseada no modelo transteórico de Prochaska e DiClemente (1982), visando doentes alcoólicos. Posteriormente, Miller e Tonigan criaram, em 1996, uma nova versão da escala, composta por 19 itens, que avaliam a motivação para a mudança, através de estádios representados pelos fatores (reconhecimento do problema, ambivalência e ação) que remetem para as características motivacionais associadas à mudança e ao tratamento dos comportamentos aditivos. Na versão 8D, adaptada para a população portuguesa por Janeiro et al. (2007), o questionário é composto por 17 itens: reconhecimento do problema (6 itens); ação (7 itens); ambivalência (4 itens) (Santos, 2013, p.53).

O resultado obtido demonstrou: Percentil de 90 para o reconhecimento do problema; Percentil de 31 para a ação (abaixo do valor médio) e Percentil de 8 para a ambivalência (baixo).

Compreende-se que algumas das respostas dadas, provavelmente tinham sido manipuladas pelo doente e por isso um percentil de ambivalência baixo. Por outro lado, perante a dificuldade do Sr L em expressar os sentimentos e emoções relacionados com o seu problema, optei por uma estratégia diferente. Para dar continuidade a um processo terapêutico como este, espera-se que a pessoa consiga verbalizar as suas preocupações, necessidades e dificuldades, expressando os seus sentimentos, medos, receios, perante a doença que não consegue controlar. Na sessão seguinte procurei encorajar o doente a analisar as suas respostas e facilitar a expressão de sentimentos.

3.1.4. Terceira sessão

Destetou-se durante as sessões a dificuldade em verbalizar sentimentos por parte do doente. Esta seria um das competências comunicacionais a desenvolver com o Sr L. Nesse sentido foram implementadas as seguintes intervenções:

- Encorajar o doente a analisar as suas próprias respostas no exercício escrito solicitado anteriormente e permitir a expressão de sentimentos.
- Analisar em conjunto com o doente, as relações que estabelece com as pessoas e familiares do seu meio familiar e social, através da construção do Ecomapa social.
- Convidar a participar no grupo terapêutico da prevenção da recaída.
- Solicitar a construção de uma tabela sobre as vantagens e desvantagens que o consumo de álcool proporcionava ao doente.

Um dos exercícios sugeridos foi solicitar ao Sr L, a construção do esquema de relações familiares e sociais e analisar em conjunto, a sua relação com os outros. Na primeira fase devolvi-lhe o primeiro desenho que desenhou porque me pareceu ter sido realizado de forma não refletida, recusando-se a demonstrar as relações que mantinha. Na semana seguinte ao reestrutura-lo e refletir sobre o círculo de relações incluiu nas suas relações, os familiares mais significativos. Por outro lado, ao longo dos momentos de entrevista, era evidente por parte do Sr L, um comportamento de defesa perante a expressão de sentimentos e receios. Uma das estratégias que passei a usar durante a sessão foi a realização de exercícios escritos de reflexão que depois foram discutidos em conjunto, quase como um jogo terapêutico. O doente aderiu e começou a sentir-se confortável com a confiança que se estabeleceu. Nesse sentido foram selecionadas as perguntas que suscitavam dúvidas e devolvidas, solicitando um exercício escrito que permitisse a clarificação das respostas e a reflexão individual das mesmas. A reflexão conjunta incidiu nas respostas descritas pelo doente permitindo uma maior abertura da relação terapêutica. Dada por terminada a sessão foi planeada uma última sessão na semana seguinte.

3.1.5. Quarta sessão

O desenvolvimento de competências sociais por parte do doente seria um dos objetivos futuros a atingir durante o processo terapêutico. Na fase final deste processo procurei implementar as seguintes intervenções de enfermagem:

- Proporcionar a reflexão individual sobre as vantagens e desvantagens do uso de álcool.
- Estabelecer com o doente, objetivos de mudança a curto prazo, relativamente à manutenção da abstinência.

- Incentivar para a manutenção do processo terapêutico através da participação no grupo da prevenção de recaída.
- Encorajar a substituição de hábitos de vida indesejáveis, por hábitos de vida saudáveis.

Durante a terceira sessão, procurei elogiar o sucesso da abstinência adquirido e valorizei as suas atitudes positivas. Ao programar a entrevista final e a despedida, uma vez que o meu estágio estava a terminar naquele local, convidei o Sr L a participar no grupo da prevenção da recaída do serviço. O Sr L mostrou interesse em participar no grupo mas não compareceu, assim como não compareceu na entrevista final. Dei por terminada a minha intervenção e posteriormente apresentei à equipa o estudo caso e os objetivos atingidos pelo doente. Reencaminhei o doente para o técnico de saúde que daria continuidade ao trabalho realizado até aquele momento.

4. RESULTADOS

Durante as sessões, o Sr L apresentou-se sempre com aparência cuidada, com vestuário adequado para a época. Afirmava ter suspenso o consumo de álcool e sentiu necessidade de pedir ajuda para prevenir a recaída. O início do tratamento farmacológico decorreu sem intercorrências significativas.

Sr L não conseguia identificar as situações do passado que de alguma forma, podiam ter contribuído como fatores determinantes para o consumo de álcool, tais como: a relação difícil com familiares, a perda de familiares significativos, o divórcio e as fases em que esteve desempregado.

O Sr L demonstrou ter capacidade para se manter em abstinência porque já o tinha feito antes, sem ajuda dos técnicos de saúde. No entanto, não reconhecia a vantagem de um acompanhamento terapêutico individual ou em grupo, contínuo por um período mais longo de tempo, pelo que procurei que compreendesse que era importante estar presente nas consultas e aceitar o apoio terapêutico, para o estabelecimento do plano em conjunto, de forma a reforçar a resposta de autoeficácia perante a recaída.

As respostas dadas durante a entrevista permitiram a identificar comportamentos de ambivalência, porque embora reconhecesse a necessidade de ajuda por parte da equipa de tratamento, as suas ausências na consulta revelavam dificuldade em aderir ao processo terapêutico. Ao ser questionado sobre a forma como o podia ajudar, enquanto enfermeira, compreende-se que reconhece que devia comparecer na consulta e eventualmente equacionar a participação nos grupos terapêuticos da prevenção da recaída (como anteriormente já o tinha feito). A aptidão para falar no grupo, teria que ser desenvolvida individualmente, para que depois conseguisse interagir com os vários elementos do grupo. O doente reconhece o problema e encara a perda de controlo sobre o consumo de álcool como algo que sempre fez parte da sua vida, sem que lhe desse a devida importância.

Dada por terminada a entrevista motivacional foi possível analisar os resultados obtidos através da monitorização dos indicadores que permitiram a classificação dos resultados de enfermagem - NOC (Johnson, Marion, Maas et al, 2004,p.284) para *Controlo de riscos: uso de álcool (1903)* aplicada durante o acolhimento e no final da última sessão, sendo estes apresentados no apêndice. No final, verifica-se: o doente admite *muitas vezes* os riscos pelo uso inadequado de álcool e as consequências pessoais associadas ao consumo; monitoriza *muitas vezes* o ambiente quanto a fatores que encorajam o abuso de álcool bem como, os padrões pessoais de uso o álcool; *muitas vezes* desenvolve e

adapta estratégias sociais eficazes para controlo do uso de álcool conforme as necessidades e compromete-se *consistentemente* em mante-las; segue *de forma consistente* as estratégias selecionadas para controlo do uso abusivo do álcool e identifica as situações de risco; verifica-se que utiliza *consistentemente* os serviços de saúde e participa na realização dos exames complementares de diagnóstico mas só *às vezes* utiliza os sistemas de apoio pessoal para controlar o consumo inadequado; Atualmente *nunca* recorre a grupos de apoio para controlo do consumo inadequado de álcool e recusa participar embora *muitas vezes* use os recursos da comunidade para controlar a sua dependência de álcool como a equipa de tratamento. Reconhece e monitoriza *consistentemente* as mudanças no estado de saúde quando não consome bebidas alcoólicas. Até à data da avaliação, verifica-se que tem controlo na ingestão de álcool de forma consistente cumprindo o programa farmacológico mas com fraca adesão ao tratamento psicoterapêutico.

O doente com dependência de álcool inserido numa equipa de tratamento especializada, para o tratamento de comportamentos aditivos, pode mais facilmente beneficiar da acessibilidade e dos cuidados de enfermagem do enfermeiro, no sentido de prevenir a recaída ou antecipar os lapsos, porque valoriza o apoio que lhe é dado e propõe-se a aderir a um contrato terapêutico com a equipa multidisciplinar, onde o enfermeiro tem um papel fundamental. Neste sentido os resultados apontaram para uma mudança de comportamento no participante após a adoção de estratégias farmacológicas e psicoterapêuticas personalizadas para a pessoa adita, adquiridas durante a interação com a enfermeira.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do processo terapêutico, foi estabelecida a técnica de entrevista motivacional na relação estabelecida com o doente. A relação interpessoal estabelecida entre enfermeira – doente foi-se verificando à medida que se desenvolviam as fases do processo terapêutico que Peplau preconiza.

Na fase de orientação foram analisados com o doente, os eventos do passado que o levaram ao pedido de ajuda, o reconhecimento dos danos e o seu problema presente e como enquanto técnicos de saúde o podíamos ajudar.

Na fase de identificação, procurei estabelecer o vínculo terapêutico e a confiança fundamental para a adesão terapêutica. Também nesta fase, enquanto pessoa e enfermeira, fui-me adaptando às dificuldades encontradas no estabelecimento da relação terapêutica, permitindo desta forma, o meu desenvolvimento pessoal e profissional na procura de novas estratégias de relação estabelecida com um doente que apresentava frequentemente uma postura de reserva em relação aos profissionais de saúde.

Na fase de exploração foi possível identificar as dificuldades presentes, as competências sociais a adquirir pelo doente e “trabalha-las em conjunto” com um objetivo comum de manter a abstinência. Este processo exigirá um acompanhamento terapêutico por período de tempo mais longo desde que o doente aceite o acordo terapêutico.

Tratando-se de um processo contínuo e inacabado, a fase de resolução dependerá da metodologia de tratamento a manter ou a melhorar, no sentido de alcançar os objetivos que ambos os intervenientes do processo terapêutico, estabelecerem no futuro, quer individual, quer no grupo terapêutico.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, Elisa (2012). *As atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico*. Escola Superior de Saúde de Viseu. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria), Viseu. Disponível no RCAAP.

Arkowitz, Hal, Westra, Henny, Miller, William, Rollnick, Stephen (2011). *Entrevista motivacional - no tratamento de problemas psicológicos*. São Paulo: Grupo Editorial Nacional.

Associação Psiquiátrica Americana (2002). *DSM IV-TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

American Psychiatric Association (2013). *DSM V. TM. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (5ª ed.), Washington: American Psychiatric Publishing.

Alvarez, Armando (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. (56 - nº 3, p.188-193). Disponível em [Http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300006](http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300006).

Cabral, Lídia do Rosário (2004). Alcoolismo Juvenil. *Revista de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos*. (nº 30, de Outubro). 172-188. [Http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/557/1/Alcoolismo%20juvenil.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/557/1/Alcoolismo%20juvenil.pdf)

Chalifour, Jacques (2008). *A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (volume 1), Loures: Lusodidacta.

Conselho Internacional de Enfermeiros (2003). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE*. (2ª ed.) Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros, ISBN 972-98149-5-3.

DGS (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. Lisboa: DGS.

Dias, Ruth (2009). Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – A entrevista motivacional. In Pereira, A (org). *Diretrizes clínicas para a atuação em saúde mental na atenção básica*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 1-11. Disponível em: [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Diretrizes de intervencao quanto a mudancas de comportamento A Entrevista Motivacional 1/219](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Diretrizes_de_intervencao_quanto_a_mudancas_de_comportamento_A_Entrevista_Motivacional_1/219)

Diclemente, Carlo (2001). *Entrevista Motivacional e os Estágios de Mudança*. In Miller, W; Rollnick, S. *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Editora Artmed.

Fligie, Neliana, Laranjeira, Ronaldo, (2004). Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (26 - I). 63-67. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500016

Gigliotti, Analice, Bessa, Marco (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: Critérios Diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (nº 26 - I). 11-13.

George, Julia (2000). *Teorias de Enfermagem - os fundamentos à prática profissional*. (4ª edição), Brasil: Artemed.

Gonzales Ric, Casarin Sna, Caliri Mhl, Sasaki Cm, Monroe Aa, Villa Tcs. (2003). Gerenciamento de caso: um novo enfoque no cuidado à saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem* (11 (2) de Março-Abril).227-31.

Herrera Arce, A, Gamiz, E, Navarro, F, Martinez, H, Jimenez Lerma, J (2003). Enfermeria en adicciones. El Modelo de H. Peplau a través dolos patrones funcionales de M. Gordon. A propósito de un caso práctico. *Revista Transtornos Adictivos*. (5(2) 58-74. Acedido em Dezembro de 2014 <http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/enfermeria-adicciones-el-modelo-teorico-h-peplau-13045095-area-clinica-2003>.

International Center for Alcohol Policies (2009). *Fatores Determinantes do Consumo de Álcool*. ICAP Health Issues (Online). Acedido em Junho de 2014 em www.icap.org/PolicyTools/ICAPHealthBriefings.

Johnson, Marion, Maas, Meridean, Swanson, Elizabeth (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*, (2ª ed). Porto Alegre: Editora Artmed.

Johnson, Peter, Rubin, Allen. (1983). Case management in mental health: A social work domain? *Social Work Journal*. Disponível em.

[Http://sw.oxfordjournals.org/content/28/1/49.short](http://sw.oxfordjournals.org/content/28/1/49.short)

Jungerman, Flávia, Laranjeira, Ronaldo (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Revista brasileira de psiquiatria* 48 (5). 197-207. Disponível em.

[Http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=238822&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=238822&indexSearch=ID)

Kaplan, Harold, Sadok, Benjamin (1997) – *Compêndio de Psiquiatria - ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. (7ª ed), Porto Alegre: Artes Médicas.

Kathy, Neeb (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Minnesota: Lusociência. ISBN 972-8383-14-2.

Lopes, Joaquim (2012). *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso - A experiência vivida da pessoa com problemas de adição*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.

Marlatt; Gordon (1994). *Prevenção da Recaída - estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Martins, M. Céu, Fernandes, Pedro (2008). *O Gestor de caso: aplicabilidade do conceito*. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Relatório Técnico-científico. Castelo Branco. Acedido em <http://hdl.handle.net/10400.11/1731>

Mccloskey, Joanne, Bulechek, Gloria (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. (3ª ed). Porto Alegre: Editora Artmed.

Mello, M, Barrias, J, Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: DGS.

Miller, William, Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed.

Miller, William, Tonigan, Scott (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors* (10, 81-89). Disponível em <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0893-164X.10.2.81>

Pearson, Alan, Vaughan, Barbara (1993). *Modelos para o exercício de Enfermagem*. Lisboa: Editora ACESPS. ISBN: 978-075-061597-6.

Peplau, Hildegard (1990). *Relaciones Interpersonales en Enfermería*. Barcelona: Salvat Editores.

Prochaska, James, Diclemente, Carlo (1982). *Transtheoretical therapy: Towards a more integrative model of change*. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19: 276-288. Acedido em 2015 em: <https://www.researchgate.net/publication/232461028> Trans-Theoretical Therapy - Toward A More Integrative Model of Change

Rahioui, Hassan, Reynaud, Michel (2008). *Terapias Cognitivocomportamentais e Adições*. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 978-972-796-296-9.

Rangé, Bernard, Marlatt, Alan (2008). Terapia cognitiva comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (30 – II, p. 588-595). Disponível em <Http://www.scielo.br/pdf/rbp/v30s2/a06v30s2.pdf>

Rodrigues, Alcides, Pissarra, Ana, Marques, Fernando et al (2011). A eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool, na pessoa adulta – revisão sistemática da literatura. *Revista Toxicodependências*. (V.17 - 3. P. 37- 46), Lisboa: SICAD.

Rodrigues, Marta, Teixeira, Angela (2010). Da “falta de força de vontade” ao Empowerment na dependência de álcool. *Revista Toxicodependências*. (V 16 -1. P. 57-64), Lisboa: SICAD.

Rogers, Carl (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Sá Nogueira, Teresa, Ribeiro, Cristina (2008). Abordagem terapêutica da dependência alcoólica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. (24: 305-16). Acedido em Outubro 2014 em:[Http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10489](http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10489)

Santos, Maria Clara (2013). *Estádios Motivacionais em Pessoas dependentes do álcool internadas numa Unidade Especializada*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Coimbra.

Silva, Andréa (2010). *Relação enfermeiro - doente alcoólico, e como esta é perspectivada pelo doente*. Universidade do Porto/ Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental. Porto.

Silva, Cláudio, Serra, Ana (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Suppl. 1, p.33-39).

Sobell, Linda, Sobell, Mark (2008). Motivational Interviewing Strategies and Techniques: Rationales and Examples. Acedido em 9.10.014. acedido em Setembro de 2014. http://www.nova.edu/gsc/forms/mi_rationale_techniques.pdf.

Taylor, Cecília (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. (13ª edição). Porto Alegre: Artes médicas.

WHO (2012). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. World health organization. Regional Office for Europe. Acedido em Junho 2014 em:http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

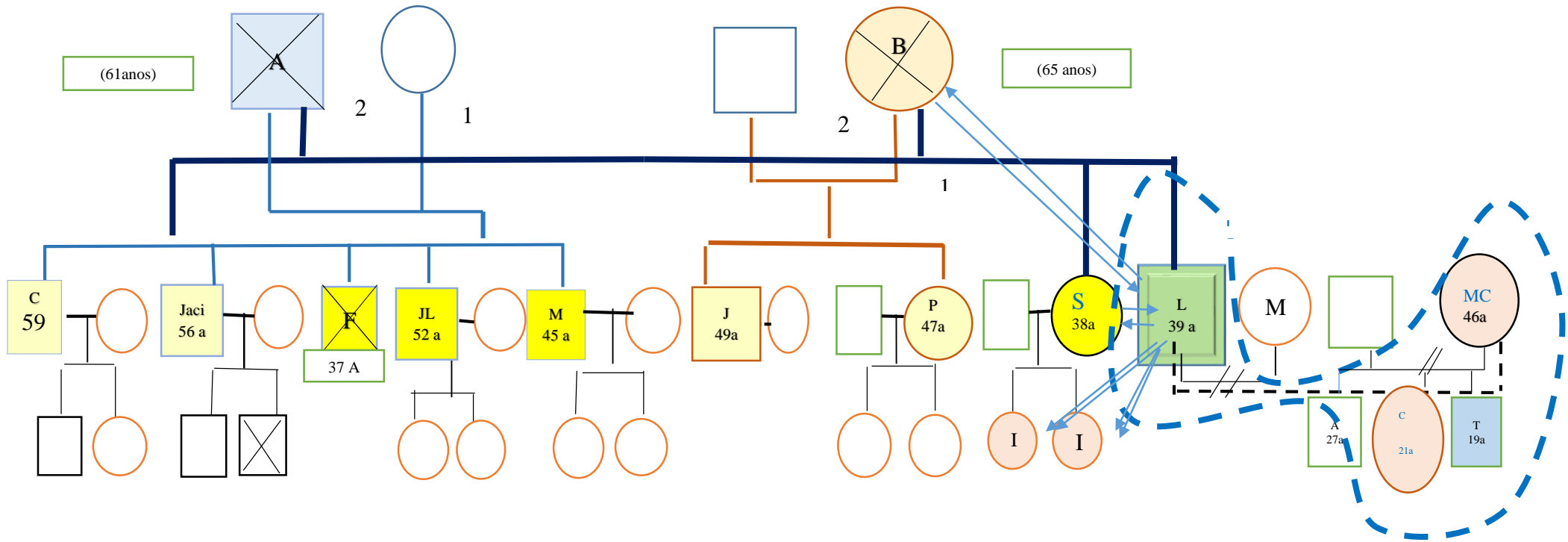
http://files.comunidades.net/enfermagemunip/instrumentos_de_abordagem_familiar_genomapa_e_ecomapa.pdf

<http://www.portaldasaudef.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/ministeriosaude/estilos+de+vida/alcoolismo.htm> acedido a 23 de Janeiro de 2015.

APENDICES

APENDICE I
GENOGRAMA E ECOMAPA DE L

GENOGRAMA DE L



Legenda do Genograma

O Sr L tem sete irmãos. Do seu casamento com a Sr^a M, não teve filhos. Vem a divorciar-se mais tarde.

Estabelece relação de facto com a Sr^a MC que ainda mantém. Esta tem três filhos de um relacionamento anterior, mas apenas dois vivem com o casal, constituindo o agregado familiar do Sr L.

Mantém relação forte com a irmã S e as filhas desta (I e Ia), e relação fraca com um dos irmãos mais velhos (Jaci). Com os restantes irmãos, a relação é escassa. Mantém relação forte com a companheira MC e com os enteados (C e T).

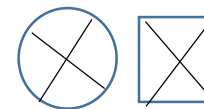
Mulher



Homem



Falecimento



Relação facto



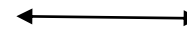
Matrimónio



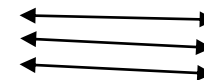
Divórcio



Relação fraca

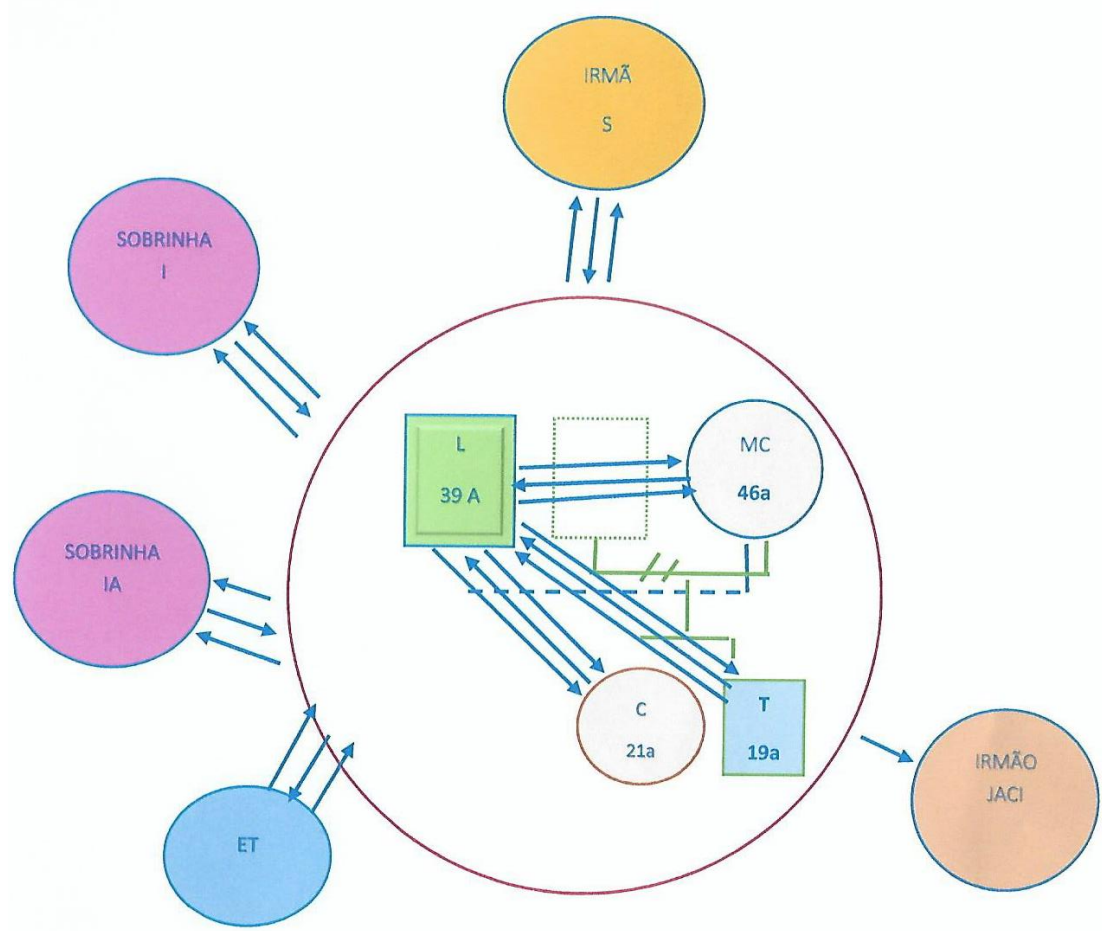


Relação forte



Relação conflituosa





ECOMAPA

APENDICE II
SOCRATES 8 D

SOCRATES 8D

Instruções: Por favor leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se acerca do uso do álcool ou drogas. Para cada afirmação faça um círculo no número de 1 a 5 para indicar o quanto concorda ou discorda com cada afirmação nesse momento. Por favor coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

		Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
1	Eu realmente quero mudar em relação ao consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
2	Às vezes pergunto a mim mesmo se sou dependente de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
3	Se não mudar rapidamente em relação ao meu consumo de álcool e drogas, os meus problemas vão tornar-se maiores.	1	2	3	4	5
4	Eu já comecei a fazer algumas mudanças em relação ao meu consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
5	Às vezes pergunto-me se o facto de consumir magoa as outras pessoas.	1	2	3	4	5
6	Eu tenho um problema com o álcool/ drogas.	1	2	3	4	5
7	Não estou só a pensar em mudar em relação ao consumo de álcool/drogas; já estou de facto a fazer algo por isso.	1	2	3	4	5
8	Eu já mudei em relação ao consumo de álcool/drogas e procuro aprender maneiras que me ajudem a evitar a recaída.	1	2	3	4	5
9	Eu tenho um problema sério com o álcool/drogas?	1	2	3	4	5
10	Às vezes pergunto a mim mesmo se tenho controlo sobre o meu consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
11	O meu consumo de álcool/drogas está a causar-me muito mal.	1	2	3	4	5
12	Actualmente estou a fazer coisas para parar ou diminuir o meu consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
13	Eu quero ajuda para evitar ter os mesmos problemas que antes tinha com o consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5
14	Eu sei que tenho um problema com o álcool/drogas.	1	2	3	4	5
15	Às vezes pergunto-me se o meu consumo de álcool/drogas é excessivo.	1	2	3	4	5
16	Eu sou um alcoólico/toxicodependente.	1	2	3	4	5
17	Estou a esforçar-me para mudar em relação ao consumo de álcool/drogas.	1	2	3	4	5

Tabela 1

	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
Item 1		5	
Item 2			1
Item 3	5		
Item 4		5	
Item 5			1
Item 6	5		
Item 7		5	
Item 8		5	
Item 9	5		
Item 10			1
Item 11	5		
Item 12		1	
Item 13		5	
Item 14	5		
Item 15			1
Item 16	5		
Item 17		5	
Total	30	31	4
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 7-35)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2

Percentis para os 3 factores da SOCRATES 8D

	Percentis (%)	Reconhecimento do Problema	Ação	Ambivalência
-	10 muito baixo	15,0	28,0	8,0
	20	21,4	28,0	11,0
	30 baixo	24,0	30,7	13,0
	40	25,0	31,0	14,0
	50 médio	26,0	33,0	15,0
	60	27,2	33,0	15,8
	70 alto	29,0	34,0	16,0
	80	30,0	35,0	17,0
+	90 muito alto	30,0	35,0	18,0

APENDICE III
Resultados/classificação NOC

Entrevista de acolhimento

Controlo de Riscos: Uso de Álcool (1903)

Domínio: Conhecimento e Compromisso de Saúde (IV)

Classe: Controlo de Riscos e Segurança (T)

Escala: Nunca demonstrada a consistentemente demonstrada (m)

Definição: ações para eliminar ou reduzir o uso do álcool que constitui uma ameaça à saúde.

Controlo de Riscos:	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes
Consistentemente				
Uso de Álcool	1	2	3	4

Indicadores

190301	Admite riscos pelo uso inadequado de álcool			4
190302	Admite consequências pessoais associadas ao uso inadequado do álcool	3		
190303	Monitoriza o ambiente quanto a fatores que encorajam o abuso do álcool	3		
190304	Monitoriza padrões pessoais de uso do álcool	3		
190305	Desenvolve estratégias eficazes para controlo do uso de álcool	3		
190306	Adapta estratégias de controlo do uso de álcool conforme as necessidades		4	
190307	Compromete-se com as estratégias de controlo do uso de álcool	3		
190308	Segue estratégias selecionadas para controlo do uso do álcool	3		
190309	Participa em exames para problemas associados de saúde		4	
1903010	Usa serviços de cuidados de saúde coerentes com a necessidade		4	
1903011	Usa sistemas de apoio pessoal para controlar o uso inadequado do álcool	3		
1903012	Usa grupo de apoio para controlo do uso inadequado do álcool		1	
1903013	Usa recursos da comunidade para controlar o uso inadequado do álcool	3		

1903014	Reconhece mudanças no estado de saúde		4
1903015	Monitoriza mudanças no estado de saúde	3	
1903016	Controla a ingestão de álcool		4
1903017	Outro Especificar		

SCORE DOS RESULTADOS – 4ª sessão da entrevista motivacional Controlo de Riscos: Uso de Álcool (1903)

Domínio: Conhecimento e Compromisso de Saúde (IV)

Classe: Controlo de Riscos e Segurança (T)

Escala: Nunca demonstrada a consistentemente demonstrada (m)

Definição: ações para eliminar ou reduzir o uso do álcool que constitui uma ameaça à saúde.

Controlo de Riscos: Consistentemente Uso de Álcool	Nunca	Raramente	Às vezes	Muitas vezes	
Uso de Álcool	1	2	3	4	5

Indicadores

190301	Admite riscos pelo uso inadequado de álcool			4	
190302	Admite consequências pessoais associadas ao uso inadequado do álcool			4	
190303	Monitoriza o ambiente quanto a fatores que encorajam o abuso do álcool				5
190304	Monitoriza padrões pessoais de uso do álcool			4	
190305	Desenvolve estratégias eficazes para controlo do uso de álcool			4	
190306	Adapta estratégias de controlo do uso de álcool conforme as necessidades			4	
190307	Compromete-se com as estratégias de controlo do uso de álcool				5
190308	Segue estratégias selecionadas para controlo do uso do álcool				5
190309	Participa em exames para problemas associados de saúde				5
1903010	Usa serviços de cuidados de saúde coerentes com a necessidade				5
1903011	Usa sistemas de apoio pessoal para controlar o uso inadequado do álcool		3		
1903012	Usa grupos de apoio para controlo do uso inadequado do álcool	1			
1903013	Usa recursos da comunidade para controlar o uso inadequado do álcool			4	

1903014	Reconhece mudanças no estado de saúde	5
1903015	Monitoriza mudanças no estado de saúde	5
1903016	Controla a ingestão de álcool	5
1903017	Outro Especificar	

Johnson, Marion, Maas, Meridean, Swanson, Elizabeth (2004). *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*, (2ª ed.). Porto Alegre: Editora Artmed.

APENDICE III

**Atividade nº1/ Aspectos positivos em mim -
expressão verbal**

INDICE

1. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA -----	3
1.1. Critérios de inclusão no grupo terapêutico -----	3
1.2. Objetivos -----	3
1.3. Desenvolvimento -----	5
2. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS -----	5
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	6

1. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPEUTICA

Na sequência do estágio realizado no serviço de internamento de psiquiatria foi planeada uma intervenção de âmbito psicoterapêutico com doentes internados recorrendo à dinâmica de grupo através da identificação e verbalização de qualidades positivas em cada participante e posterior partilha.

Seguidamente apresenta-se o plano da intervenção no grupo terapêutico.

Data: XXX

Local: Sala polivalente do internamento de Psiquiatria.

Tema: Aspetos positivos em mim.

Recursos: Ambiente calmo, sala ampla e cadeiras.

Moderação: Enf^a Helena Jacob

Duração: 60 minutos.

1.1. Critérios de inclusão no grupo terapêutico

O grupo constituído por onze participantes, de ambos os sexos, internados no serviço de psiquiatria, com idades compreendidas entre os 18 e os 58 anos. Aceitaram participar na atividade. Apresentam capacidades cognitivas, comunicacionais que facilitam a expressão de sentimentos e a partilha de ideias. Heterogéneo relativamente ao diagnóstico clínico.

1.2. Objetivos

Pretende-se com a atividade atingir os seguintes objetivos: Proporcionar interação social entre os vários elementos do grupo: Promover a expressão de sentimentos e emoções, respeitando o tema proposto, fortalecer a autoestima, através da reflexão sobre as características positivas de cada participante e permitir a partilha no grupo.

1.3. Desenvolvimento

A atividade foi previamente planeada na equipa de enfermagem. Foram selecionados os elementos do grupo de acordo com critérios de inclusão. Iniciou-se com a apresentação das regras para participar na dinâmica, assim como, o tema a desenvolver.

Foi promovido o ambiente da sala, calmo e favorável à participação, com a disposição de cada participante em círculo. A atividade começou pela apresentação individual dos participantes no grupo e posteriormente passou-se ao desenvolvimento da atividade sob o tema proposto. No final, solicitou-se a partilha no grupo.

2. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

A atividade possibilitou a partilha das experiências de cada participante, proporcionando a aprendizagem pessoal e grupal, o exercício de escuta, e a aceitação do outro como ser diferente. O grupo participou de forma ativa, demonstrou interesse e refletiu sobre os aspetos positivos que cada um identificou em si. Alguns doentes não compreenderam inicialmente, o que se pretendia e enunciaram as ações positivas de que gostavam no outro (não conseguiam expressar as suas características positivas).

A avaliação da intervenção foi realizada através da observação dos comportamentos e da comunicação verbal e não-verbal e pela partilha no grupo. A satisfação dos participantes também foi avaliada. O grupo demonstrou satisfação em participar na atividade porque lhes foi dada a oportunidade para refletirem sobre o que consideravam positivo em si próprios.

Foram recolhidas as seguintes reflexões que seguidamente se apresentam:

Participante nº 1 - “Sou trabalhadora”; **Participante nº 2** - “Altruísta”; **Participante nº 3** - “ Saber ouvir”; **Participante nº 4** - “ Sou sensata, justa e gosto de ajudar os outros”; **Participante nº 5** - “ Gosto de dar conselhos”; **Participante nº 6** - “Talvez seja versátil”; **Participante nº 7** - “Consigo perdoar o inimigo, tenho bom coração”; **Participante nº 8** - “ Sou brincalhão”; **Participante nº 9** - “ Sou paciente”; **Participante nº 10** - “Faço amizades facilmente e faço rir”; **Participante nº 11** - “ Gosto de ajudar.”

A atividade permitiu-me desenvolver competências pessoais e de autoconhecimento e interagir de forma assertiva, num ambiente favorável, onde os vários participantes se manifestaram na sua dimensão cognitiva, emotiva, afetiva e comportamental.

Através da reflexão sobre as qualidades de cada participante, foi possível proporcionar a tomada de consciência das suas recordações, sentimentos e da imagem de si próprios. A sintonia que se criou no grupo permitiu-me conhecer cada um dos participantes e as experiências que de alguma forma influenciaram o seu comportamento.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bresson, Connie (2010). *Arteterapia grupal com pacientes de hospital de día*. Universidad de Chile / Facultad de Artes Santiago. Specialization Monographia. Santiago de Chile. Acedido em: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ardancette_c/html/index-frames.html

Chalifour, Jacques (2008). *A intervenção terapêutica – os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (volume 1), Loures: Lusodidacta.

Chalifour, Jacques (2008). *A intervenção terapêutica - estratégias de intervenção*. (volume 2), Loures: Lusodidacta.

Guerra, Marina; Lima, Lúcia (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em contexto de Saúde*. (1ª ed.), Lisboa: Climepsi Editores.

Manes, Sabina (2007). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (11º ed.) Lisboa: Editora Paulus.

Mccloskey, Joanne, Bulechek, Gloria (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. (3ª ed). Porto Alegre: Editora Artmed.

Mejía Lopera, María Eugenia (2012). Cuidarte: Una opción de vida. *Revista de Investigación e Educação em Enfermagem*. (30-1, p.7-8). Acedido em Outubro de 2014, disponível em.

<http://www.redalyc.org/pdf/1052/105224287001.pdf>

Molina, Pilar, Arnaiz, Blanca (2003). *Terapia ocupacional en Salud mental: principios e práctica*. (Capítulo19, p. 227- 234), Barcelona: Editora Masson.

Sousa, Alberto (2005). *Psicoterapias ativas (arte-terapias)*, Brasil: Editora Livros Horizonte. ISBN: 972-24-14038.

Teixeira, Cristiane (2006). *A função terapêutica da arte*. Faculdade Integrada Zona Oeste. Monografia. Uberlândia: Disponível em www.alquimiyart.com.pt.

:

APENDICE IV
Atividade nº 2 / O dia da nuvem -
construção de narrativa

INDICE

1. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA -----	3
1.1. Critérios de inclusão no grupo terapêutico -----	3
1.2. Objetivos -----	3
1.3. Desenvolvimento -----	3
2. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS -----	5
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	7
APENDICE I – Gravura -----	8

1. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPEUTICA

Na sequência do estágio realizado no serviço de internamento de psiquiatria foi planeada uma intervenção de âmbito psicoterapêutico no grupo de doentes internados, com recurso ao mediador expressivo de construção de uma narrativa a partir de um estímulo gráfico (conjunto de nuvens de várias formas) com um tema alusivo ao “ dia da nuvem” (descrição de como seria o dia da nuvem?).

Seguidamente apresenta-se o plano da intervenção no grupo terapêutico.

Tema: O dia da nuvem.

Data: XXX

Local: Sala polivalente do internamento de psiquiatria.

Recursos: Ambiente calmo, sala ampla, cadeiras, fotocópias do exercício proposto, folhas de papel em branco, esferográficas, lápis.

Moderação: Enf^ª Helena Jacob

Duração: 60 minutos.

1.1. Critérios de inclusão no grupo terapêutico

O grupo será constituído por oito doentes de ambos os sexos, internados no serviço de psiquiatria, com idades compreendidas entre os 18 e 50 anos. Aceitaram participar na atividade. Apresentam capacidades cognitivas, comunicacionais que facilitam a expressão de sentimentos e a partilha de ideias. Heterogéneo relativamente ao diagnóstico clínico.

1.2. Objetivos

Pretende-se com a atividade atingir os seguintes objetivos: proporcionar interação social entre os vários elementos do grupo, promover a expressão de sentimentos e emoções, respeitando o tema proposto, observar os impulsos, as emoções e os mecanismos de defesa de cada elemento e a sua capacidade de interação social; estimular a criatividade na escrita e a reflexão sobre as vivências com o apoio do tema proposto, fortalecer a coesão do grupo e permitir a partilha no grupo.

1.3. Desenvolvimento

A atividade foi previamente planeada na equipa de enfermagem. Foram selecionados os elementos do grupo de acordo com critérios de inclusão. Iniciou-se com

a apresentação das regras para participar na dinâmica, assim como, o tema a desenvolver. Foi promovido o ambiente da sala, calmo e favorável à participação, com a disposição de cada participante em círculo. A atividade começou com a apresentação individual de cada participante. Posteriormente, foi entregue uma folha de papel e esferográfica, com a representação gráfica de várias nuvens. Foi solicitado a cada participante para selecionar a nuvem com que mais se identificava, atribuindo-lhe um nome. Posteriormente foi pedido a cada participante que escrevesse uma narrativa subordinada ao tema do porquê, dessa mesma escolha e a descrição de como seria “o dia da nuvem.”

Posteriormente foi pedido a cada elemento que partilhasse com o grupo o motivo da sua escolha. A atividade terminou com a partilha individual no grupo, através da leitura das narrativas, das considerações finais sobre a importância que cada elemento deu à atividade. O grupo participou de forma ativa e positiva demonstrando interesse, capacidade de elaboração narrativa e reflexão sobre os textos que elaboraram. De uma forma geral, conseguiram expressar os seus sentimentos, emoções, vivências e fantasias que consideraram importantes.

2. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

A dinâmica possibilitou a partilha das experiências particulares de cada participante e a partilha no grupo. Fortaleceram a aprendizagem pessoal e grupal, o exercício de escuta, e a aceitação do outro. Desta forma, foi possível a reflexão de modo consciente e crítico. A sessão teve como objetivo observar e analisar, os impulsos, as emoções e os mecanismos de defesa de cada elemento e a sua capacidade de interação social. Foi aplicado o mediador expressivo da narrativa a partir do estímulo gráfico (conjunto de nuvens de várias formas), tendo-se dado ênfase aos símbolos inerentes ao tema e às suas representações, ao comportamento verbal e não-verbal, durante a execução da atividade, deixando para segundo plano as aptidões e competências criativas. Esta atividade permitiu a projeção de sentimentos e emoções individualmente e no grupo. Observaram-se manifestações de solidariedade, o reconhecimento do outro e a coesão de grupo existente, através expressão de sentimentos, da expressão pela escrita e da criatividade pela narrativa. A avaliação da intervenção foi realizada pela observação da escolha individual de cada participante, das narrativas apresentadas, da projeção de sentimentos e emoções, dos comportamentos e da comunicação verbal e não-verbal, após a partilha no grupo, onde se questionou como se sentiram ao participar. O grupo demonstrou satisfação em participar na atividade. A atividade permitiu a interação da moderadora de forma assertiva, num ambiente favorável, onde os vários participantes se manifestaram na sua dimensão cognitiva, emotiva, afetiva e comportamental. Foi possível proporcionar aos participantes a tomada de consciência das suas recordações e sentimentos mais significativos. Posteriormente foi feita a análise das narrativas de cada participante e dos efeitos positivos que a atividade proporcionou:

Participante nº 1 - Ao longo do internamento, com o apoio dos técnicos de saúde, bem como a interação com os outros doentes, detetou-se uma melhoria acentuada do estado mental, embora ainda com humor deprimido. Durante a atividade, foi evidente a vontade em regressar a casa. Ao selecionar a nuvem com formas arredondadas, uma nuvem maior onde se insere uma nuvem mais pequena, aparentemente permitiu a projeção de uma imagem de maternidade e dos filhos.

Participante nº 2 – No momento da atividade apresentava comportamento mais organizado e discurso coerente. Selecionou a nuvem onde se podia distinguir a

associação de três nuvens que a reportaram para os filhos. Compreende-se que à nuvem foi associada a imagem a família.

Participante nº 3 - Na sua narrativa, descreve a nuvem associando-a as experiências vividas, personificando nela, a vida. Numa segunda fase, relaciona a nuvem com a família ideal em união e com a necessidade dos bens essenciais para a vida.

Participante nº 4 - Ao ler-nos a sua frase demonstrou dificuldade em comunicar. Raramente falava e deixava que os outros o representassem. Apresentava discurso pobre, humor deprimido e interação social reduzida. No momento da atividade e pela leitura de uma narrativa curta, dá ênfase às crenças religiosas. Apesar de ter manifestado satisfação no final da atividade, através do sorriso e da participação na mesma, manteve-se em silêncio.

Participante nº 5 - Apesar da recusa inicial em participar, saindo da sala, decidiu participar posteriormente. Conseguiu transpor para a narrativa, sentimentos sobre as suas vivências passadas embora nunca tenha escolhido a nuvem. Na sua narrativa faz alusão à liberdade e à igualdade dos direitos humanos. Compreende-se que reconhece que deve investir no futuro e ter objetivos de vida.

Participante nº 6 - com humor deprimido, expressava-se sempre com o discurso curto e Facilmente se isolava dos outros participantes. A escolha da nuvem (a mais pequena do conjunto), assim como a forma como se expressou na narrativa curta, revelou-nos sentimentos de tristeza e solidão.

Participante nº 7 – Este participante vivia em isolamento social e raramente contactava com as outras pessoas. Apenas saía de casa para compras. No internamento mantinha dificuldade em se relacionar. Apresentava embotamento afetivo, sem expressão de emoções. O seu discurso era quase sempre provocado e apurava-se delírio de perseguição. Ao selecionar a nuvem de formas irregulares e com extremos diferentes projetou nela, a diferença dos extremos, que de alguma forma, sugere as diferenças entre as pessoas.

Participante nº 8 - O seu discurso era quase sempre provocado e tinha uma postura tensa. Ao selecionar a nuvem de formas irregulares e com extremos diferentes projetou nela, a imagem de um animal predador, fazendo alusão ao instinto de sobrevivência. Colaborou na atividade com interesse embora com fâcias de tristeza.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bresson, Connie (2010). *Arteterapia grupal com pacientes de hospital de día*. Universidad de Chile / Facultad de Artes Santiago. Specialization Monographia. Santiago de Chile. Disponível em: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ardancette_c/html/index-frames.html

Guerra, Marina; Lima, Lígia (2005). *Intervenção Psicológica em Grupos em contexto de Saúde*. (1ª ed.), Lisboa: Climepsi Editores.

Manes, Sabina (2007). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (11º ed.) Lisboa: Editora Paulus.

Mccloskey, Joanne, Bulechek, Gloria (2004). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. (3ª ed). Porto Alegre: Editora Artmed.

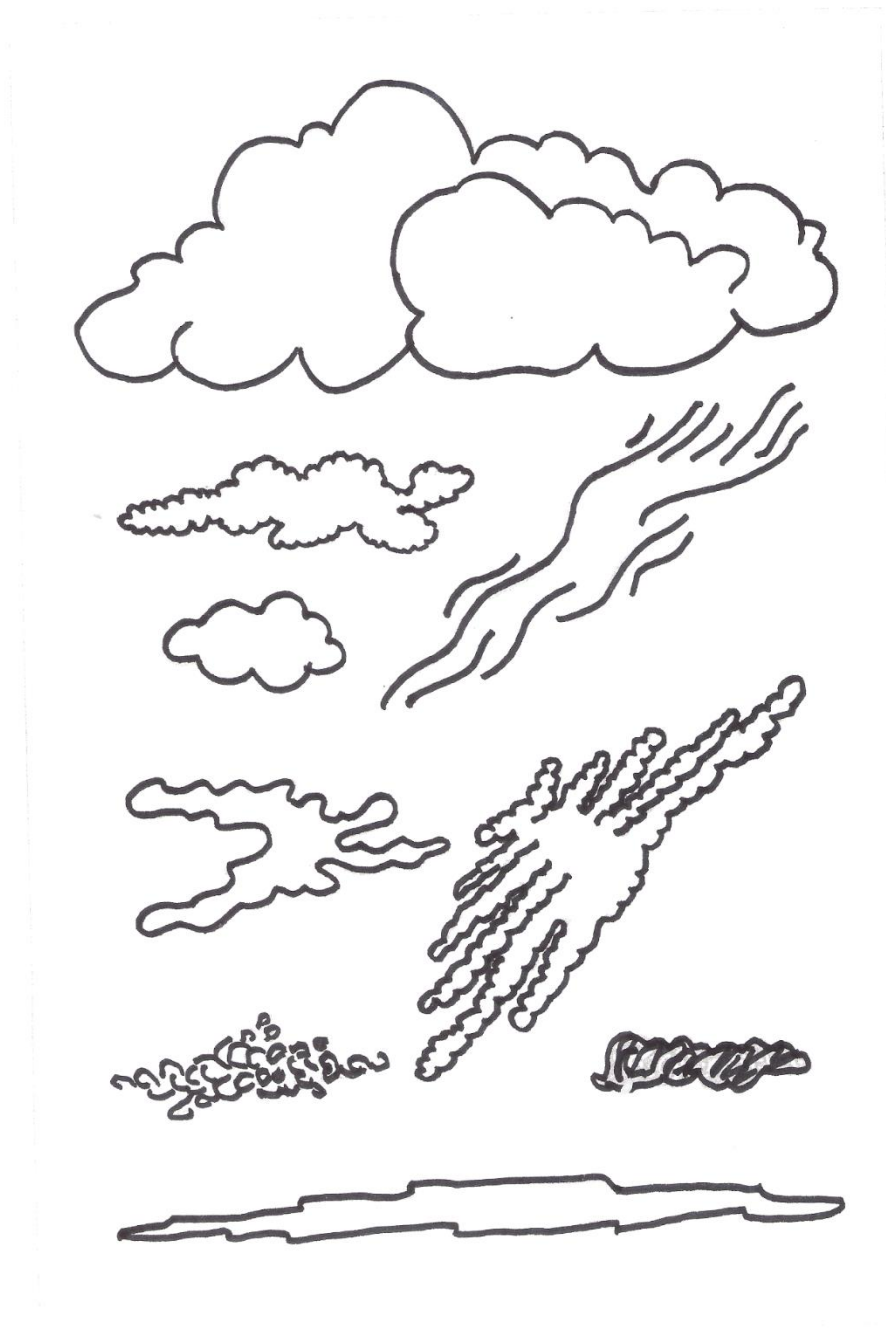
Mejía Lopera, María Eugenia (2012). Cuidarte: Una opción de vida. *Revista de Investigación e Educação em Enfermagem*. (30 - 1 p.7-8). Acedido em: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105224287001.pdf>

Molina, Pilar, Arnaiz, Blanca (2003). *Terapia ocupacional en Salud mental: principios e prática*. (Capitulo19, p. 227- 234). Barcelona: Editora Masson.

Sousa, Alberto (2005). *Psicoterapias ativas (arte-terapias)*. Brasil: Editora Livros Horizonte. ISBN: 972-24-14038.

Teixeira, Cristiane (2006). *A função terapêutica da arte*. Faculdade Integrada Zona Oeste. Monografia. Uberlândia: Alquimy Art. Acedido em: Http://www.alquimyart.com.br/monografias/2/2006_uberlândia_mg_TEIXEIRA_cristina_faria.pdf

APENDICE I
Gravura



Legenda: Fotocópia do exercício original.

Manes, Sabina (2007). *83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos*. (11º ed.)

Lisboa: Editora Paulus.

APENDICE V
Atividade nº3 / O presente que
gostava de oferecer / moldagem
em massa sintética

INDICE

1. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPÊUTICA -----	3
1.1. Critérios de inclusão no grupo terapêutico -----	3
1.2. Objetivos -----	3
1.3. Desenvolvimento -----	4
2. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS -----	5
3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	8
APENDICES -Trabalhos realizados -----	9

1. PLANEAMENTO DA INTERVENÇÃO PSICOTERAPEUTICA

Durante o estágio realizado no serviço de internamento de psiquiatria foi planeada uma intervenção de âmbito psicoterapêutico no grupo. Foi proposto o tema - O presente que gostava de oferecer, tendo sido aplicado como mediador expressivo, massa sintética para moldar. Convidam-se todos os participantes a refletirem sobre o presente que gostariam de oferecer ao melhor amigo. Seguidamente apresento o plano da intervenção no grupo terapêutico.

Tema: O presente que gostaria de oferecer...

Data: XXX

Local: Sala polivalente do internamento de psiquiatria.

Recursos: Ambiente calmo, sala ampla, cadeiras, mesa, cadeiras massa para moldar, panos para limpar superfícies, marcadores para colorir.

Moderação: Enf^ª Helena Jacob

Duração: 60 minutos.

1.1. Critérios de inclusão no grupo terapêutico

O grupo será constituído por oito doentes de ambos os sexos, internados no serviço de psiquiatria, com idades compreendidas entre os 18 e 50 anos. Aceitaram participar na atividade. Apresentam capacidades cognitivas, comunicacionais que facilitam a expressão de sentimentos e a partilha de ideias. Heterogéneo relativamente ao diagnóstico clínico.

1.2. Objetivos

Pretende-se com a atividade atingir os seguintes objetivos:

- Facilitar a interação social no grupo.
- Proporcionar a expressão de sentimentos e emoções de cada participante, através da expressão e criatividade pela moldagem do massa sintética, respeitando o tema proposto.
- Permitir a identificação e expressão das próprias necessidades afetivas projetando no objeto construído, o presente desejado.
- Permitir a partilha no grupo.

1.3. Desenvolvimento

O grupo será selecionado de acordo com os critérios de inclusão. Propõe-se a apresentação das regras para participar na dinâmica de grupo, assim como a apresentação individual dos participantes no círculo do grupo.

Proposto o tema - O presente que gostava de oferecer, tendo sido aplicado como mediador expressivo, massa sintética para moldar. No final, convidam-se todos os participantes a refletirem sobre o presente que gostariam de oferecer ao melhor amigo.

O moderador convida todos os participantes a sentarem-se em volta da mesa. Cada participante é convidado a apresentar-se ao grupo individualmente. Na fase seguinte, convidam-se todos os participantes a pensarem no presente que gostariam de oferecer ao melhor amigo. Para isso, solicita-se que construam através da moldagem da massa de moldar, o objeto que gostavam de oferecer. Os objetos realizados são depois trocados pelos objetos do participante do lado para que ninguém fique com o seu próprio objeto. Solicita-se que cada participante observe atentamente para o presente que tem na frente e expresse o seu parecer relativamente ao significado afetivo do presente que lhe foi distribuído. Posteriormente, cada participante é convidado a complementar a descrição do seu próprio objeto.

No final, pergunta-se ao grupo, como se sentiram, e se consideraram a atividade importante. Será também distribuído um questionário de satisfação.

2. RESULTADOS OBTIDOS

No final da atividade verificamos que por meio das peças criadas e pela interação do grupo foi possível trabalhar internamente os sentimentos de cada participante e desenvolver o autoconhecimento assim como, a identidade pessoal.

Os trabalhos apresentados constituíram o resultado de uma atividade criativa com massa de moldar, provocando nos participantes sentimentos e emoções profundas, por ser um material agradável no toque, trazendo memórias e vivências escondidas, que necessitavam ser trabalhadas. A atividade promoveu a interação no grupo e satisfação de todos pela participação.

Segundo Mejía Lopera (2012) a terapia com argila como recurso terapêutico em doentes psiquiátricos proporciona encontros significativos entre o sujeito e seus conteúdos internos, de forma simbólica. Neste contexto, o cuidar pode ser melhorado e complementado por imagens visuais e os seus próprios processos criativos de atividades artísticas, a fim de mobilizar os sujeitos, as suas emoções e intenções para a realização e manutenção de bem-estar físico, mental e espiritual.

Para a autora, as características dos materiais expressivos, como a argila, abrangem inúmeras possibilidades, pois procura atender à singularidade de quem cria, funcionando como instrumentos para estimular a criatividade, resolver conflitos emocionais, estimular a auto-compreensão, reduzir a ansiedade e trazer à consciência informações guardadas na sombra. Estas informações representam os lados obscuros, e desconhecidos ou reprimidos da psique humana, que quando é trazido à consciência através do processo terapêutico contribui para a expansão de toda a estrutura psíquica (Mejía Lopera, 2012).

Da mesma forma, para Bresson (2010) um dos aspetos de acesso ao inconsciente pela atividade artística é a lembrança de eventos da infância ou do passado. Assim, a arte pode ser utilizada para representar uma forma consciente de eventos passados ao trabalhar com materiais como a argila. Por vezes, a pessoa pode lembrar-se de eventos desagradáveis que foram reprimidos durante anos e, neste caso, tomar contato com essa realidade pode ser difícil e assustador. Embora o evento em si, não possa ser modificado ou excluído, este pode ser solucionado com segurança, quando exteriorizado através de um objeto ou imagem, convidando-o a ver o que está na memória sob outra perspectiva, passando a exercer algum controlo sobre sua vida, e, neste caso, o controle sobre a peça criada especificamente. As atividades com argila facilitam a libertação de emoções

reprimidas, tais como sensação de abandono ou de depressão, contribuindo para o bem-estar físico e psicológico, ajudando na orientação da realidade.

Para Teixeira (2006) citando Chieza e Fabietti (1999) o contato com o barro (argila) desperta a sensibilidade, alivia as tensões e satisfaz os mais profundos e primitivos instintos humanos da natureza criativa. À medida que vamos modelando o barro tem-se a oportunidade de resgatar uma antiga atividade humana. É um material que nos coloca em contato com a natureza e os quatro elementos, despertando a consciência para a natureza e possibilitando o reconhecimento da nossa natureza interna. O trabalho com a argila provoca ao indivíduo sentimentos e emoções profundas, por ser um material primitivo, remete ao inconsciente, trazendo conteúdos escondidos que necessitam ser trabalhados. Trata-se de um material que ao ser proposto como recurso terapêutico, deve ser aplicado com cautela. O terapeuta deve estar seguro na sua conduta, dando apoio ao doente, no contato com suas sensações, embora se trate de uma experiência que proporciona uma noção de forma, volume, vazio, espaço interno e externo e plenitude. No entanto, pode gerar sentimentos contraditórios em relação à produção final. Enquanto se trabalha com a argila, as imagens vão-se formando e há uma relação entre a imagem e quem a elaborou (Teixeira, 2006).

Podemos concluir que quando o doente molda massa ou barro, é convidado a estabelecer o contato de forma totalmente diferente. A sua sensibilidade passa a fazer parte integrante da sua ação e desta forma, o material também permite cada movimento, comandado pela dimensão cognitiva e afetiva. Essa ação promove segurança, autoconfiança e a libertação da expressão.

Após a realização dos presentes, foi feita a redistribuição dos mesmos trocando com o parceiro do lado e fez-se posteriormente a análise das peças criadas pelos participantes.

Participante nº 1 - Concentrou-se na construção da Torre Eiffel. Este representaria o presente que gostava de oferecer - uma viagem a Paris. Reconhece que na realização do objeto, não conseguiu representar a torre, devido à gravidade, porque se desmoronou e descreve a peça, com humor. Não expressa emoções e sentimentos em relação ao objeto e à sua relação com os outros. Quando convidado a falar sobre o objeto do parceiro (um automóvel) focaliza novamente as suas ideias nas viagens.

Participante nº 2 – Moldou um automóvel. Durante a moldagem da massa permaneceu calmo, pouco comunicativo, fâcies triste e sempre concentrado na sua construção. Quando se trocou o presente pelo do parceiro do lado, compreendeu que a construção

deste não parecia a torre Eiffel e subtilmente relacionou a sua construção com a do parceiro de forma tornar o momento divertido.

Participante nº 3 - Tentou realizar um barco. Visivelmente emocionado e inquieto porque não conseguiu moldar objeto, pediu para se ausentar e abandonar a tarefa. Mais tarde, na enfermaria, compreendi que a atividade tinha feito com que projetasse o sofrimento ainda presente relacionado um familiar próximo.

Participante nº 4 - Foi convidado a participar na atividade, apesar da sonolência que apresentava. Apesar disso, manteve-se participativo. Moldou um cinzeiro referindo que seria o presente ideal porque era útil. Associa o objeto ao consumo de tabaco permitido em sala própria e em horas definidas, de acordo com as normas do serviço. Por outro lado, descreve o objeto do parceiro do lado, exatamente como o vê – um livro.

Participante nº 5 - moldou um livro refletindo o prazer que tem pela leitura. Durante a atividade, não interagiu com o grupo e limitou-se a cumprir a tarefa solicitada.

Participante nº 6 - participou na atividade com entusiasmo e moldou uma panela retangular, com uma tampa. Segundo a mesma, seria o objeto que oferecia ao melhor amigo porque é útil.

No final manifestou satisfação pela participação.

Participante nº 7 - tinha sido convidado a participar na atividade pela primeira vez. A equipa considerou que apresentava critérios para participar apesar dos períodos de agitação que apresentava no internamento. No início da atividade, durante a sua apresentação, apresenta-se fazendo referência ao seu nome completo. Manifesta-se com humor eufórico mas fica visivelmente irritado pelo comentário do parceiro do lado, que tenta travar a sua apresentação mais prolongada. Foi necessário lembrar as regras da atividade e a necessidade de respeitar o tempo de expressão dos outros participantes. Moldou um radio e associou-o à musica, como um elemento pelo qual se sente privado porque está internado.

Participante nº 8 - Aproveitou o momento e manifestou felicidade em moldar uma borboleta. Manteve-se sempre reservada no grupo. Ao explicar o significado do seu objeto, associa-o ao fato da borboleta ser efémera tal como a vida.

Participante nº 9 - Moldou uma tulipa. A tulipa representa o presente que oferecia às mulheres da sua família porque é uma flor de que gosta muito.

No final, foi realizada a avaliação da satisfação dos participantes pela realização da atividade e pela observação e análise dos objetos realizados bem como, dos comportamentos e emoções expressas pelos participantes.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bresson, Connie (2010). Arteterapia grupal com pacientes de hospital de día. Universidad de Chile / Facultad de Artes Santiago. Specialization Monographia. Santiago de Chile. Disponível em: http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/ardancette_c/html/index-frames.html

Guerra, Marina; Lima, Lúcia (2005). Intervenção Psicológica em Grupos em contexto de Saúde. (1ª ed.), Lisboa: Climepsi Editores.

Manes, Sabina (2007). 83 Jogos psicológicos para a dinâmica de grupos. (11º ed.) Lisboa: Editora Paulus.

Mejía Lopera, María Eugenia (2012). Cuidarte: Una opción de vida. Revista de Investigación e Educação em Enfermagem. (30 - 1 p.7-8). Acedido em: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105224287001.pdf>

Molina, Pilar, Arnaiz, Blanca (2003). Terapia ocupacional en Salud mental: principios e práctica. (Capítulo 19, p. 227- 234), Barcelona: Editora Masson.

Morais, Aquileia, Roecker, Simone, Salvagioni, Denise, Eler, Gabrielle (2013). Significado da arteterapia com argila para os pacientes psiquiátricos no hospital de dia. Investigación y Educación en Enfermería, (Volume 32 -1, Medellín Janeiro/ Abril). Disponível em www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072014000100015...

Pinela da Rocha, Manuela (2010). Arteterapia. Escola Superior de Educação de Bragança. Relatório Final para a obtenção do Grau de Mestre em Ensino da Educação Visual e Tecnológica no Ensino Básico. Bragança.

Teixeira, Cristiane (2006). A função terapêutica da arte. Faculdade Integrada Zona Oeste. Monografia. Uberlandia: Disponível em www.alquimiyart.com

Winnicott, D (1975). O Brincar e a Realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora.

APENDICE I
TRABALHOS REALIZADOS



Legenda: Participante nº 1- Torre Eiffel



Legenda: Participante nº 2- automóvel.

Participante nº3 - abandonou atividade. Levou o objeto inacabado.



Legenda: Participante nº 4 - cinzeiro.



Legenda: Participante nº 5 - livro.



Legenda: Participante nº 6 - panela com tampa.



Legenda: Participante nº7 - rádio.



Legenda: Participante nº 8 - borboleta.



Legenda: Participante nº 9 - tulipa.

APENDICE VI
Diários de aprendizagem

O serviço de internamento de psiquiatria onde me encontro a realizar estágio permitiu-me adquirir competências específicas que se preconizam que o enfermeiro especialista em saúde mental adquira, principalmente ao nível do desenvolvimento pessoal e do autoconhecimento, constituindo um enorme desafio pessoal e profissional.

Todas as experiências que vivenciei, na relação terapêutica com o doente foram promotoras de satisfação pessoal. Senti que os conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso profissional se complementaram com a experiência pessoal e profissional do passado e do presente, à medida que contactava com o doente internado no serviço de psiquiatria.

Considero que uma relação, só se tornará numa relação terapêutica quando permite que o doente consiga perceber que o enfermeiro está disponível para o escutar, compreender e aceitar as suas diferenças e que o pode ajudar a identificar os seus recursos internos e ter uma melhor qualidade de vida, apesar da doença mental. Esta forma de pensar e sentir levou-me a refletir sobre uma das experiências vividas no internamento e que seguidamente passo a descrever. Durante a interação breve estabelecida com uma das doentes internadas e à medida que tomava conhecimento da sua história de vida e sofrimento que a levou a planear o suicídio, senti necessidade de intervir, porque fiquei sensibilizada com a vulnerabilidade da doente, perante a rutura familiar e o sofrimento associado. A depressão e a tentativa de suicídio tinham sido, o seu motivo do seu internamento.

Quando abordada, manifesta-se com comportamento inquieto e por vezes, hostil, evidenciando alguma ansiedade, acompanhada por tremores nas mãos. A raiva e sofrimento estão quase sempre presentes. Descreve a vida como um caos face à rutura conjugal recente. Não consegue compreender porque a vida se alterou e não demonstra arrependimento ao planear o suicídio. Durante o internamento apresenta discurso fluente, e conteúdo do pensamento focado na baixa autoestima e na raiva que transfere para o ex-companheiro; humor deprimido acompanhado de labilidade emocional. Apresenta interação social diminuída, isolando-se dos outros doentes.

Na relação terapêutica, identifiquei nela a incapacidade para gerir o sofrimento e a solidão, que a impediam de ter esperança. Dirigi a minha intervenção terapêutica com o objetivo de apoiar a doente a identificar os seus recursos internos e usá-los no sentido de aliviar o sofrimento. Procurei mobilizar uma das crenças mais importantes para o alívio do sofrimento, como a esperança, reforçando a necessidade da adesão à

terapêutica, da mudança de comportamento relativamente ao seu isolamento social e da valorização dos aspetos positivos promotores de satisfação pessoal e da melhoria da autoestima. Esta estava claramente comprometida e condicionava o seu interesse pela vida.

Chalifour (2008) ao citar Montgomery (1993) afirma que uma atitude positiva marcada de esperança, confere ao cuidador a coragem para investir na relação com o doente. Consequentemente estará em condições para transmitir ao doente esta atitude relativamente ao seu estado de saúde. Ao identificar esta capacidade em mim, procurei adotar uma atitude de esperança e de apoio permitindo que naquele momento a doente verbalizasse o seu sofrimento interior. Através da escuta ativa, procurei compreender porque que a morte era a única solução que a doente tinha perante a situação de solidão. Sendo a vida, um bem precioso, o suicídio planeado numa jovem adulta, era algo que me incomodava. Ao disponibilizar o meu apoio terapêutico promovi a expressão de emoções com uma perspetiva não tão derrotista. Aparentemente, a doente tinha uma atitude reservada porque não confiava nos outros e a partir do momento que estabeleceu uma relação de confiança com a enfermeira, expressou as suas emoções face à situação de solidão e aliviou o sofrimento. Abriram-se portas para o exterior.

Segundo Chalifour (2008), a pessoa que vive um estado de tensão porque a satisfação das suas necessidades está ameaçada, seja essa ameaça real ou imaginária, tende naturalmente a reduzir este estado de tensão a um nível suportável. As emoções que sente ajudam-na a reconhecer que o seu equilíbrio está perturbado, a dosear e dirigir as suas ações a fim de reencontrar um certo equilíbrio. Para o autor pode acontecer que a pessoa com necessidade de ajuda não consiga reconhecer ou aceitar emoções que a habitam ou se recuse a fazê-lo. Esta situação cria-lhe um estado de tensão dificilmente tolerável que tenta reduzir através de diferentes meios internos e externos. O enfermeiro deve ajudar a pessoa a reconhecer as suas emoções, encoraja-la a expressá-las.

Ao transmitir esperança à doente e mostrar-lhe que tinha condições internas e externas para pensar de outra forma em relação à vida, focalizando o tempo presente a partir do “ aqui e agora”, procurei que aceitasse que podia efetuar escolhas diferentes, modificar os seus hábitos de vida e ter objetivos de vida futuros. Readaptar-se a uma situação diferente implicaria mudanças e para isso tinha que aceitar o apoio dado pela enfermeira, pelos familiares e pelas pessoas em quem confiava.

No dia seguinte, deparo-me com a doente mais motivada para interagir com os outros doentes. Ao longo do internamento pude observar que deambulava pelo serviço,

não se isolando na unidade. Procurava espaços no internamento (corredor) que lhe permitissem ler e ouvir música. Quando convidada a participar nas intervenções psicoterapêuticas em grupo, aceitava e participava ativamente. A interação estabelecida com os outros doentes permitiu a tomada de consciência do sofrimento do outro, não se focalizando apenas nos seus problemas. Por outro lado, quando solicitada a partilhar a experiência vivida no momento da atividade em grupo, compreendia-se que procurava chamar a atenção para si partilhando apenas ideias autodestrutivas. Ao sentir que o enfermeiro e os outros doentes não se centravam apenas no seu problema, conseguiu estar mais atenta ao sofrimento dos outros, não se focalizando apenas, em si.

As experiências de sofrimento e o conflito interno das pessoas com doença mental, observados por mim e mais tarde, partilhadas pelos próprios, permitiram-me compreender que não basta estabelecer uma relação terapêutica apenas baseada no conhecimento adquirido e no treino de competências comunicacionais. Deve também, complementar-se com a experiência pessoal, do enfermeiro, que se conhece a si próprio enquanto pessoa, e tem um autoconhecimento de si, que o permite sentir-se confiante e seguro na relação terapêutica que estabelece. O enfermeiro deve ser congruente consigo e com o outro.

Tal como afirma Rogers (1985), os sentimentos experimentados pelo terapeuta estão disponíveis à sua consciência, e ao que ele é capaz de viver, de ser, nesses sentimentos e nessas atitudes, e no que é capaz de os comunicar, se surgir uma oportunidade disso. Ninguém satisfaz plenamente esta condição e, portanto, quanto mais o terapeuta souber ouvir e aceitar o que se passa em si mesmo, quanto mais souber ser, a complexidade dos seus sentimentos, sem receio, maior será o seu grau de congruência.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Associação Psiquiátrica Americana (2002). *DSM IV.TR. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores. 2002.

Chalifour, Jacques (2008). *A intervenção terapêutica - os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. (Volume 1). Loures: Lusodidacta.

Chalifour, Jacques (2008). *A intervenção terapêutica - estratégias de intervenção*. (volume 2), Loures: Lusodidacta.

Rogers, Carl (2009). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

O diário de aprendizagem tem como objetivo, realizar o exercício reflexivo sobre as experiências pessoais e profissionais e que de alguma forma contribuem para o desenvolvimento profissional que o estágio em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria proporciona.

O desenvolvimento da reflexão surge tendo por base, o Ciclo de Gibbs e sendo a reflexão pessoal, um momento de introspeção que facilita a aprendizagem e a avaliação em contexto clínico, permite o progressivo desenvolvimento pessoal e profissional. No entanto, expor um sentimento ou uma emoção que de alguma forma condicionou a minha visão sobre o que aprendi, é desconfortável.

Descobrir que somos mais frágeis do que pensamos e refletir sobre o que nos incomoda permite o autoconhecimento mas ao mesmo tempo, é o nosso reflexo no “espelho” tornando-se desconfortante. Assim, sendo uma das exigências académicas, dou por mim a procurar uma das situações clínicas, que de alguma forma, considere mais relevante e que me sensibilizou.

Ao realizar estágio na Equipa de Tratamento, o meu foco de estudo centrou-se nas intervenções psicoterapêuticas à pessoa com dependência de álcool.

Considerando os objetivos do estágio, foi-me proposto pelo orientador de estágio, desenvolver competências pessoais e profissionais, ao colaborar no acompanhamento terapêutico individual de um doente com problemas de alcoolismo, em processo de recaída que reentrou no programa após pedido de ajuda. Analisando o seu percurso, foi-me possível compreender que se tratava de um doente que tinha interrompido o tratamento anterior pela dificuldade em estabelecer vínculo terapêutico com os técnicos da ET. Pela sua postura, perante o acompanhamento individual que me propus realizar, pude constatar que tinha “um grande desafio nas mãos” e que o meu apoio enquanto enfermeira tinha como objetivos promover a adesão terapêutica e apoiar o doente a encontrar estratégias para a manutenção da abstinência.

Na primeira consulta de enfermagem, a intervenção foi breve e tinha por objetivo compreender a intenção do doente. Este manifestava interesse em reiniciar o tratamento farmacológico. Compreendi que a recaída tinha acontecido uns meses antes e que estava abstinente há semanas. Aproximava-se a época festiva do Natal e eventualmente seria um fator de inquietação para o doente perante o consumo de álcool. O doente tinha receio das complicações que podiam acontecer no futuro se voltasse a beber. Sabendo que o tratamento farmacológico iria controlar o impulso para o consumo

de álcool, era fundamental o início da terapêutica. Foi deixada à consideração do doente, sobre o momento mais adequado para o fazer e foi agendada uma consulta na semana seguinte, altura em que se veio a verificar, o início do tratamento farmacológico.

Na segunda consulta, iniciei a entrevista motivacional e uma das minhas intervenções foi sensibilizá-lo para aderir à consulta de enfermagem e por outro lado, compreender até que ponto estava motivado para cumprir o programa.

Tal como afirmam, Miller e Rollnick (2001), a avaliação da motivação é frequentemente realizada informalmente pelos técnicos de saúde a partir dos comportamentos do doente, tais como a concordância com o terapeuta, aceitação do diagnóstico, o desejo expresso de ajuda, a perturbação aparente e o cumprimento das instruções. Para os autores, a avaliação direta da motivação deve ser entendida como um aspeto crucial da avaliação do doente, pois esta pode não ser evidente, mesmo quando todos os outros aspetos foram validados.

Era evidente no doente, a preocupação com uma eventual recaída mas não dispunha de estratégias para a sua prevenção. Aparentemente, estava entre a fase de pré-contemplação e a de contemplação de acordo com o modelo que Diclement e Prochaska descrevem.

Segundo Dias (2009), a mudança comportamental é um processo e as pessoas tem diversos níveis de motivação. A motivação não deve ser encarada como um traço de personalidade inerente ao carácter da pessoa, mas sim um estado de prontidão ou vontade de mudar, que pode flutuar de um momento para outro e de uma situação para outra. A autora cita o Modelo Transteórico de Prochaska E Diclemente (1998) que descreve a prontidão para a mudança como estágios pelos quais o indivíduo transita, sendo estes: Pré-contemplação (“ I won’t”) - Não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão; Contemplação (“I might”) - Admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente; Preparação (“I will”) - Inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar, revisa tentativas passadas; Ação (“I am”) - Implementa mudanças ambientais e comportamentais, investe tempo e energia na execução da mudança; Manutenção (“I have”) - Processo de continuidade do trabalho iniciado com ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída; Recaída - Falha na manutenção e retomada do hábito ou comportamento anterior - retorno a qualquer dos estágios anteriores.

Na terceira consulta, planeiei a minha intervenção dando continuidade à entrevista motivacional. Embora nunca tenha faltado à toma observada diária do medicamento, no dia da consulta, apercebo-me que o doente esteve na proximidade da instituição, realizou a toma do medicamento, mas não compareceu na consulta, demonstrando um comportamento de ambivalência. Na semana seguinte compareceu e colaborou na continuidade da entrevista. Na quarta sessão, voltou a faltar. A não adesão do doente ao plano terapêutico provocou alguma frustração da minha parte e fez-me reviver uma outra situação passada em contexto hospitalar que me marcou de forma negativa.

Na fase final da minha intervenção e do acompanhamento psicoterapêutico de um doente em contexto hospitalar, verificou-se que não compareceu na entrevista porque teve uma recaída no dia anterior. Este episódio provocou-me alguma frustração porque não consegui dar por terminada a minha intervenção psicoterapêutica.

Mais tarde, o meu “sentir “ alterou-se porque compreendi que a recaída é tão frequente que acaba por fazer parte do processo terapêutico e deve ser discutida com o doente para que sirva de aprendizagem para ambas as partes. De alguma forma, pensei que o trabalho realizado tinha sido um fracasso, quer para mim, quer para o doente. Compreender que a recaída não é um acontecimento isolado e que faz parte do processo de mudança em que o doente, por vezes, pode progredir ou regredir, permitiu-me perceber que o meu sentimento de frustração, face à situação não fazia qualquer sentido.

Na situação atual, quando o doente da ET não comparecia na entrevista, deixava-me desconfortável pela mesma razão. Era fundamental estabelecer o vínculo terapêutico e a relação de confiança, durante o processo terapêutico e o doente não colaborava. Se era difícil estabelecer a relação com este doente, que ainda não me conhecia, por outro lado, sabia que a confiança mútua, só se define ao longo tempo e a minha permanência no serviço estava limitada no tempo. Imediatamente pensei que o doente não se sentiu confiante no contato inicial que tivemos e pensei que não tinha compreendido que estava ali para o ajudar. Questionei-me até que ponto, a minha atitude profissional não tinha sido eficaz porque não houve adesão ao plano terapêutico. Inconscientemente, critiquei a sua atitude perante a eventual desvalorização do meu papel enquanto enfermeira, considerando-o um doente irresponsável e imaturo. Mais tarde, compreendi que pela não comparência do doente na consulta, a fase de retorno ao programa psicoterapêutico, provavelmente, estava a ser um momento difícil. Se tinha urgência no

tratamento farmacológico e esse objetivo, já o tinha alcançado, talvez não fosse o momento certo, para realizar uma abordagem psicoterapêutica.

Mais tarde, compreendi que o plano era meu e não do doente. Não podia planejar uma intervenção, sem que o mesmo estivesse preparado para ser o sujeito ativo do seu processo terapêutico.

Por outro lado, o doente apresentava ambivalência quanto à mudança, assumia a posição de não comparecer como se fosse ele a controlar a situação, (e não o técnico) e ao mesmo tempo, de fuga, perante o apoio disponibilizado evidenciando desta forma, a continuidade de uma situação nunca controlada antes, pelos comportamentos inerentes à própria doença e pela falta de consciencialização de que tinha um longo percurso terapêutico a fazer.

Compreendi que a não adesão à consulta de enfermagem podia ser um recurso de fuga e não devia insistir. Era necessário dar tempo, esperar pelo momento certo, sem que percebesse que me incomodava pela sua ausência nas consultas e posteriormente procurar ajudá-lo a compreender a sua ambivalência.

Como afirma Jungerman e Laranjeira (2005), a maioria dos consumidores de álcool que procuram ou são encaminhados para tratamento encontram-se extremamente ambivalentes quanto a suspensão do consumo: ao mesmo tempo que desejam parar com o consumo porque lhes causa problemas, desejam continuar, porque lhe causa prazer. A ambivalência é um conflito psicológico que precisa ser superado durante o tratamento. Por outro lado, o doente é alguém que precisa de apoio e orientação contínua e por isso as intervenções de âmbito psicoterapêutico não devem ser interrompidas de forma abrupta. Dado por terminada a minha aprendizagem e aquisição de competências naquele local de estágio, colaborei com os colegas da ET no sentido de dar continuidade ao processo iniciado por mim.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Almeida, Elisa (2012). As atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico. Escola Superior de Saúde de Viseu. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria), Viseu. Disponível no RCAAP.

Arkowitz, Hal, Westra, Henny, Miller, William, Rollnick, Stephen (2011). Entrevista motivacional - no tratamento de problemas psicológicos. São Paulo: Grupo Editorial Nacional.

Dias, Ruth (2009). Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento – A entrevista motivacional. In Pereira, A (org). *Diretrizes clínicas para a atuação em saúde mental na atenção básica*. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 1-11. Acedido em [https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Diretrizes de intervencao quanto a mudancas de comportamento A Entrevista Motivacional 1/219](https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Diretrizes_de_intervencao_quanto_a_mudancas_de_comportamento_A_Entrevista_Motivacional_1/219)

Diclemente, Carlo (2001). *Entrevista Motivacional e os Estágios de Mudança*. In Miller, W; Rollnick, S. *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Editora Artmed.

Fligie, Neliana, Laranjeira, Ronaldo, (2004). Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (26 - I). 63-67. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500016

O diário de aprendizagem que seguidamente apresento surge no âmbito do estágio de enfermagem de saúde mental e psiquiatria realizado na equipa de tratamento. Tem como objetivo a realização de um exercício reflexivo perante uma das experiências vividas durante o processo terapêutico individual de um doente em fase de recaída e reincidente na Equipa de Tratamento.

Após a seleção do doente, senti-me empenhada em promover um ambiente de acolhimento agradável, que promovesse ao mesmo tempo, a relação terapêutica empática e a confiança mútua. Procurei apresentar-me e informar o doente que estava naquele local a realizar um estágio e que estava ali para o ajudar. Ao longo das entrevistas realizadas e planeadas previamente com o doente, pude verificar que as dificuldades iam surgindo, quer pela minha inexperiência profissional na relação terapêutica com doentes alcoólicos, quer pelas próprias características pessoais do doente. Apesar do plano de intervenção de enfermagem, negociado em conjunto, nem sempre o doente comparecia às sessões, o que me deixava desanimada.

Tal como afirmam Miller e Rollnick (2001) o doente falta às sessões porque está ambivalente quanto a continuar em direção à mudança. Isso é normal a menos que se intervenha para retomar o contato, o doente pode optar por uma resistência passiva e a ambivalência causará a interrupção do tratamento.

Dei por mim a questionar-me se o seu absentismo se devia ao fato da ineficácia da minha atitude profissional. Podia não estar a transmitir informações de apoio relevantes, ou o que transmitia, já era do seu conhecimento do doente. Pude constatar que este comportamento já era habitual. Este não aderiu facilmente ao processo terapêutico de forma regular e tinha abandonado o programa no ano anterior. Estava perante um desafio.

Com recurso à técnica de entrevista motivacional breve, tinha que promover um comportamento de adesão e procura de saúde neste caso específico. Procurei não realizar juízos de valor relativamente à sua eventual desmotivação em relação ao tratamento psicoterapêutico.

Tal como afirmam Miller e Rollnick (2001), a maior preocupação enquanto terapeutas é geralmente, com o que os doentes *fazem*. As afirmações verbais fazem com que um doente seja julgado como “motivado,” não são nenhuma garantia de que esse irá de fato mudar. (...) Há poucas evidências de que a aceitação de um diagnóstico (p. ex. “sou um alcoólico”) seja um fator preditivo de recuperação. Muitos indivíduos não-recuperados admitem abertamente seus problemas ou aceitam um rótulo diagnóstico, e

muitos outros recuperam-se sem endossar conscientemente um diagnóstico e o papel de doentes e sem pedir ajuda (Miller e Rollnick, 2001).

Ao longo do percurso de tratamento constatei que o doente se assumia como alcoólico, aderiu ao tratamento farmacológico, na toma do dissulfiram e comparecia para a toma presencial mas não dava a importância necessária às intervenções de âmbito psicoterapêutico.

Na fase seguinte, apesar de nem sempre, comparecer nas sessões, adaptei o plano terapêutico ao seu comportamento, à sua disponibilidade profissional e à sua motivação para “ estar presente e querer receber ajuda.” As entrevistas facilitaram a compreensão da história de consumos da história familiar e da relação com os outros, assim como, o percurso de experiências vividas que levaram à dependência do álcool. Nestes momentos procurei aumentar a percepção do doente sobre os problemas e complicações da doença devido ao comportamento de consumo. Apesar de ter conhecimento das situações de risco que eventualmente o podiam levar a ter uma recaída, o doente não tinha consciência que para ser ajudado, tinha que querer ser ajudado e não desistir. Ultrapassada a resistência por parte do doente, facilmente se conseguia dar continuidade ao plano terapêutico. Ao longo da minha intervenção pude constatar que a relação de confiança estabelecida como o doente estava cada vez mais forte, apesar do comportamento de reserva e da dificuldade que apresentava em expressar emoções.

A luta interna que da pessoa com dependência de álcool, a resistência em mudar, os efeitos da sociedade e as relações sociais que se estabelecem (promotoras do consumo de álcool) são condições que influenciam o sucesso terapêutico. Entre a recuperação e a recaída surgem retrocessos que tornam o processo terapêutico lento, obrigando a mudança das estratégias de intervenção e a que o perfil do enfermeiro se adapte também à pessoa que pede ajuda ou que é encaminhada para um programa de tratamento. Ao longo deste estágio apercebi-me disso mesmo. No entanto considero que a minha intervenção trouxe benefícios para o doente. Devido à proximidade do fim do estágio, procurei incentivar o doente a participar nos grupos terapêuticos que a ET acompanhava, mas constatei que o doente não se sentia confortável em se expor num grupo, não se sentia preparado para partilhar as suas vivências em grupo e não compreendia as vantagens dos grupos de ajuda. Não insisti. Preparei a minha despedida e informei o doente que o meu colega iria dar continuidade ao processo terapêutico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Almeida, Elisa (2012). *As atitudes dos enfermeiros perante o doente alcoólico*. Escola Superior de Saúde de Viseu. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria), Viseu. Disponível no RCAAP.

Arkowitz, Hal, Westra, Henny, Miller, William, Rollnick, Stephen (2011). *Entrevista motivacional - no tratamento de problemas psicológicos*. São Paulo: Grupo Editorial Nacional.

Alvarez, Armando (2007). Fatores de risco que favorecem a recaída no alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. (56 - nº 3, p.188-193). [Http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300006](http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852007000300006)

Diclemente, Carlo (2001). *Entrevista Motivacional e os Estágios de Mudança*. In Miller, W; Rollnick, S. *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Editora Artmed.

Jungerman, Flávia, Laranjeira, Ronaldo (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. *Revista brasileira de psiquiatria* 48 (5). 197-207. Disponível em: [Http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=238822&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=238822&indexSearch=ID)

Lopes, Joaquim (2012). *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso - A experiência vivida da pessoa com problemas de adição*. Universidade de Lisboa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.

Marlatt; Gordon (1994). *Prevenção da Recaída - estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Martins, M. Céu, Fernandes, Pedro (2008). *O Gestor de caso: aplicabilidade do conceito*. Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Relatório Técnico-científico. Castelo Branco.

Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.11/1731>

Miller, William, Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed.

Rodrigues, Marta, Teixeira, Angela (2010). Da “falta de força de vontade” ao Empowerment na dependência de álcool. *Revista Toxicodependências*. (V 16 -1. p. 57-64), Lisboa: SICAD.

