

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

Relatório de Estágio

Intervenção de Enfermagem na Gestão da Ansiedade em
clientes com Perturbação de Uso de Álcool: Treino de
Relaxamento Progressivo

Célia Maria Matias Esteves

Lisboa
2017



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

Relatório de Estágio

Intervenção de Enfermagem na Gestão da Ansiedade em
clientes com Perturbação de Uso de Álcool: Treino de
Relaxamento Progressivo

Célia Maria Matias Esteves

Orientadora: Professora Doutora Francisca Manso

Co-orientador: Professor Domingos Malato

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Alguns homens vêm as coisas como são e dizem ‘Porquê?’. Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo ‘Porque não?’”

George Bernard Shaw

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido pela compreensão do tempo que dediquei à realização desta etapa, pela disponibilidade em ouvir as minhas ideias e inquietações e por me incentivar a procurar mais desafios nesta área.

Ao Henrique pelo apoio incondicional e compreensão pelas minhas ausências.

À minha amiga e colega Cristina Simões pela partilha do sonho e da arte.

Professor Domingos Malato pelo apoio, partilha de saberes, interesse e paciência.

Aos enfermeiros das equipas de enfermagem nas quais me inseri para a realização dos estágios, pela amabilidade e participação ativa no meu processo de crescimento e pelo excelente trabalho que desenvolvem.

A todos os que de alguma forma me acompanharam neste percurso proporcionando-me momentos de reflexão e crescimento, fazendo-me perceber o quanto perseverante podemos ser quando estamos determinados a atingir um objetivo.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

APA 6^{ed} – American Psychological Association 6^a edição

ARSLVT – Administração Regional Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CRI – Centro de Respostas Integradas

DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

DSM-5™ – Manual de Diagnostico e estatística das Perturbações Mentais (5^{ed})

EESMP – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ERM – Entrevista de Reforço Motivacional

ET – Equipa Terapêutica

EU – União Europeia

GISAH – Global Information System on Alcohol and Health

MATCH – Matching Alcoholism Treatment to Client heterogeneity

MET – Motivational Enhancement Therapy

NIAAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE – Ordem dos Enfermeiros

SADQ-C – Questionário da Severidade da Dependência Alcoólica (Forma C)

SOCRATES 8-D – Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (versão 8D)

STAI (Forma Y-1) – Questionário de Estado de Ansiedade de Spielberger (Forma Y)

TCC – Terapias cognitivo-comportamentais

TRP – Treino de Relaxamento Progressivo

UA – Unidade de Alcoologia

RESUMO:

O presente relatório ilustra o trabalho desenvolvido ao longo do 7º Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, sendo demonstrativo das aprendizagens proporcionadas e pretende espelhar um pensamento crítico, reflexivo e fundamentado da minha vivência nos contextos de estágio.

Diversos estudos sugerem que a ansiedade e a perturbação de uso de álcool estão relacionadas, uma vez que os sintomas de ansiedade e a perturbação de uso de álcool geralmente coexistem e surgem muitas vezes durante o período de abstinência. Hoje em dia existe, cada vez mais, a preocupação com a relação custo-eficácia dos tratamentos, crescendo assim o interesse por técnicas não farmacológicas. O relaxamento é um exemplo disso, sendo um método não farmacológico para reduzir a ansiedade. As técnicas de relaxamento constituem um conjunto de intervenções úteis numa das áreas em que o enfermeiro EESMP deve investir no âmbito da sua intervenção autónoma, constituindo-se como uma oportunidade para adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados de âmbito psicoterapêutico, tendo em conta a promoção de estilos de vida saudáveis e a otimização da saúde mental. Procedeu-se à planificação e implementação da intervenção Treino de Relaxamento Progressivo (TRP) e através dos resultados obtidos pode afirmar-se a eficácia da intervenção na gestão dos níveis de ansiedade dos clientes com perturbação de uso de álcool na população estudada, ainda que com as devidas limitações.

Abdicar do uso de uma substância está intimamente ligado a uma série de comportamentos aos quais a motivação se encontra vinculada. Aqui o desafio para o enfermeiro EESMP é descobrir como ajudar a aumentar a motivação do cliente para a mudança. A entrevista de reforço motivacional insere-se numa das áreas em que o enfermeiro EESMP deve investir no âmbito da sua intervenção autónoma. Esta intervenção assenta no estabelecimento de uma relação interpessoal centrada no cliente e na utilização de técnicas de comunicação associadas à entrevista motivacional, em que se utiliza uma abordagem humanista, cognitiva e comportamental.

Palavras-chave: Perturbação de uso de álcool; Ansiedade; Treino de relaxamento progressivo; Motivação; Entrevista de reforço motivacional.

ABSTRACT:

This report illustrates the work carried out during the 7th Master's Degree in Mental Health and Psychiatry Nursing, demonstrating the learning provided and intends to reflect a critical, reflexive and informed thinking of my experience in the internship contexts.

Several studies suggest that anxiety is often associated with alcohol use disorder, since anxiety symptoms and alcohol use disorders often coexist and often arise during the abstinence period. Nowadays, there is an increasing concern with the cost-effectiveness of treatments, thus increasing interest in non-pharmacological techniques. Relaxation is an example of this being a non-pharmacological method for reducing anxiety. Relaxation techniques are a set of useful interventions in one of the areas in which the EESMP nurse must invest in her autonomous intervention, constituting as an opportunity to acquire competences in the provision of specialized nursing care of a psychotherapeutic scope, considering the promotion of healthy lifestyles and the optimization of mental health. We proceeded to the planning and implementation of the Progressive Relaxation Training (TRP) intervention and through the obtained results we can affirm the effectiveness of the intervention in the management of anxiety levels of clients with alcohol use disorder in the study population, although with limitations.

Abdicating the use of a substance is closely linked to a series of behaviors to which the motivation is linked. Here the challenge for the EESMP nurse is to figure out how to help increase the client's motivation for change. The motivational enhancement therapy is one of the areas in which the EESMP nurse should invest in the scope of his autonomous intervention. This intervention is based on the establishment of a client-centered interpersonal relationship and the use of communication techniques associated with motivational interviewing, using a humanistic, cognitive and behavioral approach.

Keywords: Alcohol use disorder; Anxiety; Progressive relaxation training; Motivation; Motivational enhancement therapy.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	16
1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA	18
1.1. Determinantes intrapessoais de recaída	18
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	22
2.1. Perturbação de uso de álcool	22
2.2. Modelo conceptual de Betty Neuman	24
3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	28
3.1. Atividades desenvolvidas não previstas	28
3.2. Finalidade e objetivos do estágio	28
3.3. Caraterização dos contextos de estágio	29
3.3.1. Unidade de Alcoologia	29
3.3.2. Centro de Respostas Integradas	30
3.4. Considerações éticas e deontológicas	31
3.5. Intervenções de enfermagem	32
3.5.1. Treino de relaxamento progressivo	32
3.5.1.1. <u>Procedimentos e instrumentos</u>	34
3.5.2. Entrevista de reforço motivacional	36
3.5.2.1. <u>Procedimentos e instrumentos</u>	38
4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
4.1. Treino de relaxamento progressivo	44
4.1.1. Indicadores de resultado do TRP	47
4.1.2. Discussão dos resultados	55
4.2. Entrevista de reforço motivacional	57
4.2.1. Indicadores de resultado da ERM	60
5. CONTRIBUTOS PARA AS COMPETÊNCIAS EM DESENVOLVIMENTO	62
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70

Anexos

Anexo I – Questionário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger (Forma Y-1)	83
Anexo II – Questionário da Severidade da dependência Alcoólica (SADQ-C)	85
Anexo III – SOCRATES 8-D	88
Anexo IV – Resultados/Classificação NOC	91

Apêndices

Apêndice I – <i>Scoping Review</i>	94
Apêndice II – Consentimento informado	111
Apêndice III – Planeamento da Intervenção TRP	113
Apêndice IV – Questionário sociodemográfico	146
Apêndice V – Grelha de colheita de dados e observação da linguagem não-verbal	148
Apêndice VI – Planeamento da Intervenção ERM	150
Apêndice VII – Dados estatísticos complementares	182
Apêndice VIII – Portfólio reflexivo	190
Apêndice IX – Estudo de caso (contexto internamento)	213
Apêndice X – Estudo de caso (contexto ambulatório)	244

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Guia de interpretação da SOCRATES 8D de acordo com o modelo transteórico	42
Tabela 2: Distribuição dos clientes por género	44
Tabela 3. Idade	44
Tabela 4. Distribuição dos clientes segundo o estado civil	44
Tabela 5. Distribuição dos clientes segundo a escolaridade	45
Tabela 6. Distribuição dos clientes segundo a situação profissional	45
Tabela 7. Distribuição dos clientes segundo o apoio familiar para o presente internamento	45
Tabela 8. Distribuição dos clientes segundo internamentos anteriores na UA	45
Tabela 9. Distribuição dos clientes segundo problemas judiciais relativamente ao álcool	46
Tabela 10. Primeiro contacto com álcool	46
Tabela 11. Início da perturbação de uso de álcool	46
Tabela 12. Tipo de bebida ingerida	47
Tabela 13. Quantidade diária ingerida (g) de álcool puro	47
Tabela 14. Repetições da avaliação por elemento da amostra	47
Tabela 15. STAI (Forma Y-1)	48
Tabela 16. Pulso periférico	48
Tabela 17. Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP	49
Tabela 18. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP	49
Tabela 19. Evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP	50
Tabela 20. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP	50
Tabela 21. Correlação de <i>Pearson</i> : Relação entre a ansiedade-estado e o pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP	51
Tabela 22. Linguagem não-verbal	52
Tabela 23: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo em que não há “nada a assinalar”	52
Tabela 24. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no	

grupo em que não há “nada a assinalar”	52
Tabela 25: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo “distraído”	53
Tabela 26. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo “distraído”	53
Tabela 27: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo “tenso”	53
Tabela 28. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo “tenso”	54
Tabela 29: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo que “adormece”	54
Tabela 30. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo que “adormece”	54
Tabela 31. Caracterização sociodemográfica	57
Tabela 32. Tratamentos anteriores e tipo de bebida ingerida	57
Tabela 33. Idade do primeiro contato e do início do consumo de álcool	58
Tabela 34. Quantidade diária ingerida (g) de álcool puro	58
Tabela 35. Grau de severidade da dependência alcoólica	58
Tabela 36. Estadio de motivação para a mudança, <i>m</i> 0	59
Tabela 37. Estadio de motivação para a mudança, <i>m</i> 1	59
Tabela 38. Estadio de motivação para a mudança, <i>m</i> 0 e <i>m</i> 1	60
Tabela 39. Resultados NOC para Controlo de Riscos: Uso de Álcool, <i>m</i> 0 e <i>m</i> 1	60

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1.1 Distribuição dos clientes por idade do primeiro contato com álcool	46
Figura 2.1 Evolução da ansiedade-estado, medida pela STAI (Forma y-1) antes e depois da intervenção TRP	49
Figura 2.2 Evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP	50

INTRODUÇÃO

Este relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria e pretende enunciar um processo de aprendizagem. Processo este que corresponde ao ultimar de um trajeto iniciado no momento em que me propus a realizar o mestrado e a elevar a minha prática a um nível de especialidade. Reúne os aspetos que valorizo como mais importantes no meu processo de aprendizagem e pretende espelhar um pensamento crítico, reflexivo e fundamentado da minha experiência em ensino clínico, assumindo-se como um instrumento reflexivo com recurso à metodologia descritiva. Saliento que foram realizadas alterações ao projeto inicial, uma vez que surgiram imprevistos que mereceram a minha reflexão crítica.

A temática subjacente ao relatório partiu inicialmente de uma preocupação individual consolidando-se como temática em estudo, após a elaboração de uma *scoping review*, revisão da literatura e a articulação com Professor orientador.

Em Portugal, em 2010, os indivíduos com mais de 15 anos bebiam em média 12,9 litros de álcool puro por ano, correspondendo a um consumo diário de 28g de álcool puro por pessoa (SICAD, 2016). Um estudo realizado nos cuidados de saúde primários, mostrou que a prevalência do consumo em níveis superiores ao recomendado, na região de Lisboa, pode atingir os 34% (Ribeiro, 2011). As tentativas de muitos clientes com perturbação de uso de álcool para abandonar o consumo resultam em recaídas. Vários estudos indicam que aproximadamente um terço dos clientes conseguem a abstinência permanente com a sua primeira tentativa de recuperação; um outro terço tem episódios breves de recaída, mas que resultam, eventualmente, em abstinência a longo prazo e o terço adicional apresenta recaídas crónicas, o que implica recuperações transitórias da sua adição (Gorski, Kelley, & Havens, 1993). Segundo Marlatt & Donovan (2016) existem determinantes críticas de recaída, sendo elas de carácter intrapessoal (autoeficácia; expectativas de resultados; estados emocionais; motivação; coping; craving) ou interpessoal (apoio social). Diversos estudos sugerem ainda que a ansiedade surge muitas vezes associada á perturbação de uso de álcool, isto porque a ansiedade social parece ser um fator de risco para o abuso de álcool (Buckner et al., 2008; Kushner, Abrams, & Borchardt, 2000). Os sintomas de ansiedade e a perturbação de uso de álcool geralmente coexistem e surgem muitas vezes durante o período de abstinência.

Neste relatório a intervenção de enfermagem dá enfoque à gestão da Ansiedade em clientes com Perturbação de Uso de Álcool através do Treino de Relaxamento Progressivo. As técnicas de relaxamento representam uma das abordagens mais utilizadas na gestão de ansiedade, uma vez que na literatura existem diversos métodos para diminuir a tensão, mas o relaxamento é a técnica mais amplamente aplicada e tem um efeito positivo sobre os níveis de ansiedade (Willhelm, Andretta, & Ungaretti, 2015). Este tipo de relaxamento é usado para reduzir a ansiedade tendo por base a contração e descontração de grupos musculares específicos. Segundo diversos estudos é de fácil aprendizagem, não precisa de equipamento específico para o seu treino, pode ser utilizado para diversas patologias e revela uma boa relação custo-eficácia. Quando comparado com um programa cognitivo-comportamental, ele revela também algum grau de eficácia na redução nos níveis de ansiedade em clientes com perturbação de uso de álcool. Uma vez que a recaída faz parte de um processo de mudança e sabendo-se que o processo de tratamento das adições decorre da existência de motivação para desencadear, manter e finalizar um percurso terapêutico muitas vezes longo, com retrocessos e intermitências, a motivação assume-se como dimensão central de todo o processo. Aqui as intervenções de enfermagem assentam no estabelecimento de uma relação de ajuda e na utilização de técnicas de comunicação associadas à entrevista motivacional

O presente documento está estruturado por capítulos. O primeiro capítulo pretende demonstrar a pertinência do tema em estudo. No segundo capítulo, realiza-se um enquadramento teórico sobre o tema, incluindo um subcapítulo dedicado ao modelo conceptual de enfermagem adotado. No terceiro capítulo são apresentados as opções metodológicas utilizadas, os objetivos e a respetiva caracterização dos contextos de estágio, as considerações éticas e deontológicas que nortearam este relatório e as intervenções de enfermagem realizadas, acompanhadas da descrição do respetivo procedimento e instrumentos utilizados. No quarto capítulo efetua-se a apresentação comentada dos resultados. No quinto capítulo é exposto o contributo do estágio para as competências em desenvolvimento. Por último, são apresentadas as considerações finais em jeito de conclusão do presente relatório. Na elaboração e uniformização deste relatório foram consideradas as orientações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. O modelo de referências bibliográficas utilizado ao longo deste documento foi a norma APA 6^{ed}.

1. DELIMITAÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Um dos focos da pesquisa nos comportamentos aditivos são os determinantes da recaída, ou seja, as características contextuais das situações em que os clientes voltam a consumir após o tratamento. Marlatt & Donovan (2016) dividem os determinantes da recaída em interpessoais (apoio social) e intrapessoais (autoeficácia, expectativas de resultados, estados emocionais, *coping*, motivação, *craving*).

1.1. Determinantes intrapessoais de recaída

Os estados emocionais e a motivação irão ser desenvolvidos por estarem direcionados para o contexto do relatório.

Estados emocionais – Os estados emocionais relacionam-se aos sentimentos que favorecem a recaída, uma vez que o ato de utilizar as drogas é impulsionado pelos aspetos afetivos, os quais podem ser positivos e negativos. Segundo Ramo & Brown (2008) 67% dos clientes recaem em situações sociais em que experimentam impulsos e tentações de beber e 33% quando têm de lidar com uma emoção negativa. Nesse sentido, uma pesquisa desenvolvida demonstrou que aproximadamente 60% dos dependentes de álcool recaem na sequência de estados emocionais negativos (Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2013). A maioria dos aditos que tiveram experiências de recaída apresentou em algum momento estados emocionais negativos. Com estes sentimentos, aumenta-se a probabilidade de que o indivíduo consuma substâncias psicoativas, com intuito de minimizar as reações desagradáveis e aumentar os efeitos positivos que a mesma ocasiona (França & Siqueira, 2011). Os estados emocionais negativos, tais como raiva, ansiedade, depressão, frustração e tédio estão associados a uma maior taxa de recaída (Larimer, Palmer, & Marlatt, 1999). Diversos estudos sugerem que a ansiedade surge muitas vezes associada à perturbação de uso de álcool (Buckner et al., 2008; Kushner et al., 2000).

Sempre que um evento ou situação sejam considerados ameaçadores, independentemente de o perigo ser real ou imaginário, a percepção da ameaça levará a uma reação emocional desagradável – o aparecimento da ansiedade (Graziani, 2005). Esta assume um papel protetor, ainda que surja na ausência de um estímulo ameaçador e se coloque no campo da antecipação. A ansiedade diz respeito assim, ao processamento seletivo da informação por parte da pessoa que a interpreta como

uma ameaça ou perigo ao seu bem-estar e à sua segurança. É desagradável, negativa, dirigida ao futuro, por vezes exagerada relativamente à ameaça e implica sintomas corporais tais como tensão muscular, alteração da tensão arterial, frequência cardíaca e respiratória. É considerada uma emoção caracterizada pela ambiguidade e incerteza. É transversal à maioria das perturbações patológicas podendo surgir como consequência de um comportamento aditivo entre outros (Graziani, 2005).

A abordagem terapêutica mais eficaz para a ansiedade são as terapias cognitivo-comportamentais (TCC). Este tipo de terapia envolve três domínios: cognitivo, comportamental e o fisiológico. Os clientes para lidarem com a ansiedade tentam arranjar estratégias com o objetivo de dominar, controlar ou modificar aquilo que provoca ansiedade. Consoante o fator de stress, o contexto e a personalidade do individuo adequam-se as modalidades quer comportamentais, cognitivas ou de regulação emocional de forma a responder a estes fatores de stress. As técnicas de autoafirmação são as mais pertinentes para diminuir a ansiedade em clientes que manifestem um défice de autoafirmação e para resolver estas dificuldades um programa de relaxamento poderá ser o mais adequado (Graziani, 2005). Segundo Spielberger (1981) as técnicas de auto ajuda produzem um estado de relaxamento do corpo e da mente. Em consonância Adès & Lejoyeux (1997) referem que as técnicas de relaxamento são uma abordagem psicoterapêutica a ser instituída com os clientes com perturbação de uso de álcool.

O relaxamento está muitas vezes associado, aos olhos do público, à imagem de descontração, distensão, repouso. Abrange técnicas derivadas de grandes correntes teóricas inspiradas por Schultz, Jacobson, Caycedo e outros. No entanto os efeitos induzidos pelo relaxamento são os mesmos: distensão muscular, bem-estar físico e psicológico e diminuição da ansiedade. O relaxamento é uma técnica utilizada para reduzir a ansiedade durante o tratamento de clientes em unidades de alcoolismo (Graziani, 2005). O relaxamento progressivo é uma técnica de relaxamento desenvolvida por Edmund Jacobson em 1938, que pode permitir um estado de relaxamento através da tensão e distensão repetida de grupos musculares específicos em que o praticante aprende a reconhecer a tensão muscular. Jacobson insistia que o seu método era uma competência a ser aprendida e ao contrário da maioria das restantes abordagens enfatizava o facto de que esta técnica “não incluía tentativas que visem a obter resultados através de sugestões e

de palavras tranquilizadoras” (Jacobson, 1976, p.161). A maior desvantagem da técnica original é a sua duração, cerca de 50 ou mais sessões o que levou a que ao longo dos anos esta sofresse modificações.

Hoje em dia existe, cada vez mais, a preocupação com a relação custo-eficácia dos tratamentos, crescendo assim o interesse por técnicas não farmacológicas. O relaxamento é um exemplo disso, pois segundo Pifarré et al. (2015) um método não farmacológico para reduzir a ansiedade é o relaxamento progressivo. E segundo o seu estudo prospetivo os resultados “sugerem que o relaxamento induzido por procedimento físico/psicológico pode ser tão eficaz como um ansiolítico de referência na redução da atividade do cérebro durante um estado estressante” (p.187). Em consonância Kobayashi & Koitabashi (2016) são da opinião de que o relaxamento progressivo é uma técnica que pode ser utilizada na população em geral e nos clientes com problemas específicos. Por isso através de avaliação com recurso a Ressonância Magnética chegaram à conclusão de que “algumas áreas mostram a atividade alterada sugerindo que a técnica pode suprir a atividade cerebral” (p.1).

Através dos dados reunidos na *Scoping Review* (Apêndice I) elaborada, algumas relações se podem tirar entre as quais o impacto positivo do relaxamento na redução da ansiedade e como técnica é uma poderosa intervenção não farmacológica.

Motivação – Abdicar do uso de uma substância está intimamente ligado a uma série de comportamentos aos quais a motivação se encontra vinculada isto porque a motivação pode ser definida como a probabilidade de uma pessoa se envolver, continuar e aderir a uma estratégia específica de mudança (Miller & Rollnick, 2001). A motivação pode estar relacionada com o processo de recaída de duas maneiras distintas: a motivação para mudança de comportamento e a motivação para se iniciar um comportamento problemático (Marlatt & Donovan, 2016). Esta distinção capta a ambivalência experimentada por clientes que tentam mudar um comportamento aditivo, a motivação para mudar (estímulo para a abstinência ou redução do consumo) e a motivação para usar (estímulo para iniciar o consumo de álcool).

Com o intuito de compreender como as pessoas mudam, DiClemente e Prochaska em 1998 desenvolveram o modelo transteórico de mudança que incorpora cinco estadios de mudança: précontemplanção, contemplanção, preparação,

ação e manutenção. Cada fase caracteriza um nível diferente de motivação, com a précontemplação a representar o nível mais baixo (Connors, Donovan, & DiClemente, 2001). Este modelo baseia-se na premissa que a mudança comportamental é um processo e que as pessoas têm diversos níveis de motivação para mudar. No entanto segundo os mesmos autores a pessoa não passa pelos estadios de forma linear-causal, em que há uma causa, um efeito e a consequente alteração do comportamento. Mas sim progredindo ou regredindo sem ordenação lógica.

As intervenções que se focalizam na resolução da ambivalência podem aumentar a motivação permitindo aos clientes explorarem os seus próprios valores e de como estes diferem das escolhas do seu comportamento atual. A entrevista motivacional desenvolvida por Miller e Rollnick envolve um espírito de colaboração, participação e autonomia tanto do cliente quanto do profissional, onde ambos vão articulando alternativas em que a motivação para a mudança é construída de forma natural e espontânea. Segundo os mesmos autores, esta é uma técnica de abordagem não-confrontativa e semiestruturada, que identifica e trabalha com a motivação do cliente, já que é centrada nas suas necessidades e experiências. Tem por objetivo resolver conflitos relativamente a prós e contras da mudança, reforço da motivação e estimulação da mudança comportamental (Miller & Rollnick, 2001). A entrevista motivacional demonstrou ser eficaz indicando uma redução de 56% no consumo de álcool (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003). Várias meta-análises e revisões demonstraram a eficácia de intervenções baseadas na entrevista motivacional para as perturbações de uso de álcool e drogas (Lundahl & Burke, 2009; Smedslund, 2011; Vasilaki, Hosier, & Cox, 2006) destacando o seu baixo custo e facilidade de implementação por profissionais não especializados, como alguns dos seus atributos mais fortes (Rubak, Sandbæk, Lauritzen, & Christensen, 2005). Moyer, Finney, & Swearingen (2002) demonstraram que as intervenções breves são tão eficazes como as intervenções mais longas. Estas descobertas coincidem com os resultados do Projeto *Matching Alcoholism Treatment to Client heterogeneity* (MATCH) (Allen et al., 1998) em que as sessões de *Motivational Enhancement Therapy* (MET) compostas por quatro sessões foram tão eficazes como as terapias cognitivo-comportamentais de doze sessões ou as terapias de ajuda dos doze passos.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Perturbação de uso de álcool

O álcool é uma substância psicoativa com propriedades potencialmente produtoras de dependência amplamente utilizado em muitas culturas durante séculos. Por este motivo os consumos de substâncias psicoativas representam um importante fator de risco para os indivíduos e sociedades em todo o mundo. Na sociedade global em que vivemos, foi-se banalizando o consumo do álcool e adquirindo-se novos padrões de ingestão o que levou a um aumento das perturbações de uso de álcool. Estes problemas incluem questões de saúde (física e mental) individual e familiar, problemas de relacionamento, violência, sinistralidade rodoviária, absentismo e acidentes de trabalho.

O consumo excessivo de álcool é um determinante da saúde e uma das principais causas de mortes prematuras e evitáveis. O relatório *Global Status Report on Alcohol and Health* em 2014 indicou que a morte de 3,3 milhões de pessoas por ano resulta do consumo excessivo de álcool. O mesmo relatório mostrou que 5,1% da carga global de doenças e lesões é atribuída ao álcool (WHO, 2014). Na União Europeia um adulto consome, em média, 9,1 litros de álcool puro por ano (OCDE, 2015) e o consumo nocivo de álcool é o terceiro maior fator de risco para a saúde, responsável por 195.000 mortes por ano e representando 12% da mortalidade prematura masculina e 2% da feminina (Eurobarometer, 2010).

Segundo os dados do *Global Information System on Alcohol and Health* (GISAH) em Portugal, em 2010, os indivíduos com idade igual ou superior a 15 anos bebiam em média 12,9 litros de álcool puro por ano (18,7 l os homens e 7,6 l as mulheres), correspondendo a um consumo diário de 28 g de álcool puro por pessoa. Segundo as projeções, para Portugal é expectável uma descida do consumo de álcool *per capita* até 2025 (SICAD, 2016). Por outro lado, a taxa de mortalidade devido ao consumo de álcool aumentou, em Portugal, entre 2008 e 2010. No entanto, esta encontra-se bastante abaixo da média de países da União Europeia (EU) sendo de 1,4%, enquanto que é de 2,5% para os países da EU (OPSS, 2015).

A co-morbilidade psiquiátrica é frequente entre os consumidores de álcool, sendo de: 81% para distúrbios afetivos e da ansiedade, 53% para distúrbios de personalidade, 34% para a depressão major e até 10% para muitas outras patologias psiquiátricas (Raistrick, Heather, & Godfrey, 2006).

Os comportamentos aditivos são observáveis através de sinais e sintomas específicos com critérios de diagnóstico definidos, apresentando-se como um conjunto de manifestações específicas e variações individuais (Sousa & Abrão, 2008).

Entende-se por perturbação de uso de substâncias “um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua a usar a substância apesar da existência de problemas significativos relacionados com a substância.” (APA, 2014, p.579). Com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5^{ed}) (DSM-5™) foram introduzidas alterações ao nível da nomenclatura e na forma de organização das categorias, nomeadamente nos critérios de avaliação dos consumos problemáticos de substâncias psicoativas. Estas alterações vieram eliminar os diagnósticos de dependência e abuso substituindo-os pelo diagnóstico de perturbação pela utilização de substâncias. Ao mesmo tempo é introduzido o conceito de adição como categoria diagnóstica, com a incorporação do conceito de *craving*. São várias as perturbações relacionadas com álcool, no entanto a perturbação de uso de álcool é definida “por um conjunto de sintomas comportamentais e físicos que podem incluir a abstinência, tolerância e *craving*” (APA, 2014, p.590). Segundo a mesma fonte entende-se *craving* por “um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool” (p.589).

Na tentativa de compreender os mecanismos e motivações subjacentes aos consumos de substâncias psicoativas, surgiram vários modelos explicativos. No modelo genético a ênfase está na compreensão do peso genético uma vez que se baseiam em estudos que confirmam a predisposição familiar para o uso de álcool. Adès & Lejoyeux (1997) referem que o risco de consumo para os filhos de pais alcoólicos é três ou quatro vezes superior. Já no modelo psicodinâmico é fundamental perceber quais as vivências e efeitos subjetivos das drogas uma vez que o uso de substâncias está relacionado com modelos de regulação emocional, onde a primazia é dada ao poder das drogas para alterar estados emocionais, de modo a evitar situações causadoras de ansiedade (Khatntzian, 2003). O modelo cognitivo-comportamental está ancorado nos princípios da psicologia da aprendizagem, nomeadamente no que respeita ao condicionamento clássico e operante e teoria da aprendizagem social (Rahioui & Reynaud, 2008).

Resumindo, as adições são a resultante da interação de três séries de fatores: os fatores de risco ligados ao produto; os fatores individuais de vulnerabilidade e os fatores de risco ambientais (Rahioui & Reynaud, 2008).

Beck (1997) sugere como forma de intervenção a abordagem cognitivo-comportamental que implique modificações ao nível da autoimagem e do estilo de vida, bem como das crenças associadas aos consumos.

O uso de álcool é comumente considerado como uma situação recidivante. Quando se inicia um processo de mudança o recuo momentâneo ao comportamento anterior é altamente provável uma vez que a literatura nos diz que a maioria dos clientes que tentam mudar o seu comportamento experimenta lapsos (Polivy & Herman, 2002). Ou seja, se por um lado o lapso pode ser encarado como um fator externo, controlável e ser uma oportunidade de aprendizagem, por outro lado este pode ser atribuído a fatores internos incontroláveis aumentando assim o risco de recaída (Marlatt & Donovan, 2016). Desta forma deve-se conceptualizar a recaída como um processo dinâmico e não como um evento terminal. Segundo Hendershot, Witkiewitz, George, & Marlatt (2011) a recaída é um retrocesso que ocorre durante um processo de mudança de comportamento, de tal maneira que o progresso no sentido do início ou manutenção de um comportamento de mudança é interrompido retornando-se ao comportamento inicial.

Tendo por base um modelo de estruturação cognitivo-comportamental, a prevenção da recaída segundo Marlatt & Donovan (2016), pretende ajudar o cliente na manutenção do estilo de vida saudável prevenindo e evitando recaídas através da identificação de sinais de alerta. Este modelo destina-se a prevenir potenciais situações de risco para o mesmo, tendo como objetivo a modificação de crenças acerca do seu comportamento relacionado com a adição.

2.2. Modelo conceptual de Betty Neuman

Uma vez que as perturbações de uso de álcool atingem não só o individuo, mas também a sua família e a comunidade em geral, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) tem um papel essencial no tratamento, recuperação e integração da pessoa e sua família, sendo as suas atitudes elementos importantes e preditivos da natureza dos cuidados de enfermagem prestados.

A intervenção de enfermagem com estes clientes requer uma abordagem específica e sistêmica, pelo que considerarei que o modelo conceptual de Betty Neuman, que nos propõem uma perspetiva holística, dinâmica e flexível, seria o mais adequado uma vez que está de acordo com a minha conceção pessoal de enfermagem.

O modelo de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas e reflete a natureza dos organismos vivos enquanto sistemas abertos. O modelo em causa defende uma visão holística da pessoa, perspetivando-a como um ser multidimensional, que está em constante interação com o ambiente que a rodeia, sendo sobretudo sensível a fatores de stress. Trata-se de um modelo que é adaptável e por isso, útil em todos os contextos da enfermagem, da prática, à investigação e ensino, dado que em qualquer destes contextos o Modelo de Sistemas de Neuman enfatiza o cliente como um todo.

Este modelo assenta em quatro conceitos fundamentais: Pessoa, Ambiente, saúde e Enfermagem. A Pessoa é conceptualizada, enquanto cliente, como um sistema aberto, em constante interação com o Ambiente. Para Neuman o cliente é o centro, propondo-nos olhar para ele como um sistema aberto numa perspetiva holística e em constante interação com os outros sistemas, onde a reciprocidade se torna evidente, e cuja única finalidade é o bem-estar e a harmonia entre eles (Tomey & Alligood, 2004). Nesta abordagem o cliente é representado por uma estrutura básica que Neuman define como “*central core*” e esta está rodeada por três mecanismos de proteção: a linha flexível de defesa; a linha normal de defesa e as linhas de resistência.

O “*central core*” apresenta cinco variáveis: fisiológicas; psicológicas; socioculturais; de desenvolvimento e as espirituais. No caso do cliente com perturbação de uso de álcool estas variáveis estão fragilizadas, e uma vez que um dos três mecanismos de proteção seja comprometido através de um fator de stress (craving por exemplo, e que faz parte do ambiente externo) que Neuman define como “estímulos que produzem tensões e têm o potencial de causar a instabilidade do sistema” (George, 2000, p.229), coloca-se a homeostasia do sistema em causa. Isto conduz a um desequilíbrio que neste caso se pode traduzir por irritabilidade, ansiedade, tremores, etc.

Para Neuman a saúde é descrita como dinâmica e “os níveis variam devido aos fatores da estrutura básica e à resposta e à adaptação do sistema do cliente aos *estressores ambientais*” (George, 2000, p.230).

A capacidade de resistência é determinada pelas cinco variáveis do cliente, bem como pelo seu contexto, recursos próprios e pela percepção do mesmo face aos fatores de stress. Devem ainda ser considerados o tempo de contacto, natureza e intensidade dos fatores de stress.

Neste caso a Enfermagem, que segundo a autora deve ter como principal preocupação “ajudar o sistema do cliente a atingir, manter ou reter a estabilidade do sistema” (George, 2000, p.231), irá intervir ao nível da prevenção secundária, desenvolvendo intervenções essencialmente para fortalecer as linhas de resistência, mobilizando tanto os recursos internos como externos do cliente. Se o resultado da intervenção for positivo é readquirida a estabilidade ideal do sistema.

Em suma o Modelo Teórico de Betty Neuman é abrangente, dinâmico e contínuo. Permite ter uma visão multidimensional porque pode intervir com o cliente, família ou comunidade quando estes interagem com fatores de stress ambientais, desencadeando fatores de reconstituição ou de adaptação aos três níveis de prevenção.

Os contributos do modelo concetual de Betty Neuman foram de extrema importância para nortear o processo de cuidados ao longo do estágio e compreender a complexidade do cliente com perturbação de uso de álcool, permitindo identificar os fatores de stress do cliente, considerar e integrar os seus recursos internos e externos, bem como os fatores de proteção.

3. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

3.1. Atividades desenvolvidas não previstas

Em contexto de ambulatório deparei-me com algumas dificuldades na aplicabilidade da intervenção, treino de relaxamento progressivo (TRP), uma vez que esta não é uma intervenção usual na equipa terapêutica (ET) e na mesma não existia um espaço que poderia ser utilizado para tal. Perante esta dificuldade foi proposto pela enfermeira orientadora clínica uma abordagem capaz de fornecer contributos para a aquisição das competências de enfermeiro especialista, surgindo assim a oportunidade de realizar uma abordagem ao cliente com perturbação de uso de álcool no âmbito da entrevista motivacional. Esta consistia na elaboração e operacionalização de um plano de sessões individuais de entrevista de reforço motivacional. Não sendo esta uma intervenção que constasse no projeto inicial, era a que fazia sentido à equipa de enfermagem da ET uma vez que estas estão a ser desenvolvidas pela mesma. O projeto foi então ajustado, estabelecendo-se novos objetivos, revelando-se esta intervenção uma forma privilegiada de aquisição de competências de enfermeiro EESMP.

3.2. Finalidade e Objetivos do estágio

A finalidade deste estágio foi a aquisição das competências específicas do enfermeiro EESMP, tendo como centralidade o cliente com perturbação de uso de álcool em diferentes fases do tratamento, através de um percurso de aprendizagem que permitisse o desenvolvimento das minhas aptidões para a prestação de cuidados de enfermagem globais de qualidade. Para tal foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivos Gerais

- a) Estudar a ansiedade nos clientes com perturbação de uso de álcool da Unidade de Alcoologia (UA), através do recurso a técnica de âmbito psicoterapêutico – treino de relaxamento progressivo;
- b) Aumentar a motivação do cliente com perturbação de uso de álcool em tratamento na ET para promover a mudança de comportamentos;
- c) Desenvolver atividades de enfermagem especializadas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria com supervisão dos enfermeiros orientadores clínicos.

Objetivos específicos

- a) compreender os processos de adoecer mental, nomeadamente a adição e a ansiedade;
- b) desenvolver a relação terapêutica;
- c) promover o bem-estar dos clientes, ajudando-os a adquirir estratégias para lidar com a ansiedade;
- d) aumentar, no cliente, a tomada de consciência da necessidade de manter a abstinência;
- e) aumentar o envolvimento do cliente na adesão ao seu tratamento.

3.3. Caracterização dos contextos de estágio

O estágio foi desenvolvido em duas Unidades de Intervenção Local pertencentes à Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD)/Administração Regional Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT). Decorreu em duas etapas, sendo que a primeira e mais longa foi em contexto hospitalar, numa UA e a segunda, em contexto comunitário, num Centro de Respostas Integradas (CRI).

Estes dois contextos de estágio foram de extrema importância para adquirir conhecimentos e desenvolver competências com outros peritos e profissionais especializados.

Uma vez que estas instituições oferecem condições para a realização de um estágio promotor de aprendizagens direcionadas para a aquisição das competências específicas de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria, no âmbito dos cuidados ao cliente com perturbação de uso de álcool.

3.3.1. Unidade de Alcoologia

À UA compete prestar cuidados integrados em regime de ambulatório ou de internamento, sob responsabilidade médica, a clientes com perturbação de uso de álcool e apoiar a atividade de intervenção dos CRI na área da alcoologia, enquanto unidades especializadas.

Esta unidade utiliza uma abordagem multidisciplinar segundo um programa psicoterapêutico com a finalidade da abstinência total do álcool e outras substâncias psicoativas.

Funciona de acordo com três áreas:

- Área médico-psiquiátrica que se ocupa da desabilitação física do álcool e drogas e de qualquer problema físico que surja durante o internamento;
- Área de enfermagem de cuidados continuados;
- Área de intervenção psicoterapêutica inspirada num programa psicoterapêutico.

O programa psicoterapêutico do internamento é uma adaptação do *Modelo de Minnesota* que se baseia em quatro componentes: conceito de abstinência de álcool e drogas; filosofia dos doze passos; terapia da realidade; conceito de adição.

O internamento tem uma duração de quatro semanas, podendo ser estendida uma semanal adicional e com *follow-up* na pós-alta. No início do internamento é feita uma entrevista médica e de enfermagem onde se foca o uso de álcool, a vertente psicossocial e os seus recursos quer pessoais, familiares ou sociais o que conduz a um plano de tratamento.

Durante o internamento são usadas terapias quer individuais quer de grupo, sessões psicoeducativas, palestras e filmes.

Este programa é indicado para pessoas com perturbação de uso de álcool que não conseguem manter abstinência alcoólica em ambulatório, uma vez que a literatura demonstra que este modelo tem uma taxa de sucesso relativamente alta (Grønbaek & Nielsen, 2007).

2.2.2. Centro de Respostas Integradas

Ao CRI compete executar os programas de intervenção local, no que respeita à prevenção dos comportamentos aditivos e dependências, bem como à prestação de cuidados integrados e globais a clientes com comportamentos aditivos e dependências de substâncias psicoativas licitas ou ilícitas, segundo as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de riscos, minimização de danos e reinserção, bem como à sua referenciação.

O modelo de cuidados utilizado na ET assenta no modelo de gestor de caso. Esta equipa inclui psiquiatria, psicologia, enfermagem e serviço social. Este é um sistema multidisciplinar para a avaliação de saúde, planeamento, obtenção de serviços e monitorização para alcançar as múltiplas necessidades dos clientes.

Neste modelo os enfermeiros utilizam intervenções autónomas de enfermagem nos cuidados de saúde que desenvolvem, articulando-os com a recomendação de serviços, tratamentos, procedimentos ou terapias e outras intervenções feitas por outros profissionais. Ao utilizar este modelo é possível otimizar o autocuidado, reduzir a fragmentação dos cuidados, melhorar a qualidade de vida do cliente, reduzir o tempo de tratamento, melhorar a satisfação tanto do cliente como dos profissionais envolvidos com o processo e promover a relação custo-benefício (Casarin et al., 2002). Salienta-se como grande vantagem deste modelo organizacional facilitar a aproximação entre o cliente/família ao profissional de referência (gestor de cuidados), promover a humanização das ações e garantir a unidade dos serviços prestados.

Sequeira & Lopes (2009) os clientes aos serem cuidados pelo enfermeiro gestor de caso apresentam maior adesão ao projeto de cuidados, uma vez que este é individualizado e construído com o próprio cliente resultando em ganhos de saúde. Por parte dos enfermeiros existe uma maior perceção do reconhecimento pela equipa profissional, criando mais motivação. Por sua vez a equipa multidisciplinar reconhece uma maior valorização da informação recolhida no processo de acolhimento.

3.4. Considerações éticas e deontológicas

Quando iniciei esta profissão, assumi responsabilizar-me em agir de determinado modo, com a defesa da liberdade e da dignidade humana. O agir eticamente incitou-me a repensar as minhas ações e tratando-se de um agir profissional, passou a ser-me exigido “a abertura dialógica ao Outro, mesmo que tal acabe por suscitar, em cada um de nós, uma inquietação constante no que se refere à análise de Si” (Nunes, 2011, p.107).

Qualquer investigação, em que os participantes são pessoas, levanta questões morais, éticas e de conduta (Fortin, 1999) e devem ter sempre em conta os princípios éticos ou os direitos determinados pelo código de ética. Existem 5 direitos fundamentais que devem ser respeitados: o direito à autodeterminação; o direito à intimidade; o direito ao anonimato e à confidencialidade; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento justo e equitativo. Por este motivo foram considerados os princípios éticos reguladores da investigação sempre procurando a objetividade, a honestidade e o rigor científico.

De relembrar que segundo as Diretrizes Éticas para a Investigação em Enfermagem emanadas pelo *International Council of Nurses*, são seis os princípios éticos que devem guiar a investigação em enfermagem: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade, confidencialidade (Nunes, 2013). Neste sentido, também o processo e percurso formativo que aqui se relata, obedeceu a esses princípios.

No que diz respeito aos participantes na UA, a sua colaboração foi voluntária e com garantia de confidencialidade das respostas, tendo sido esta solicitada, através de consentimento informado (Apêndice II) tal como preconizado pela carta dos direitos dos utentes (DGS, 2005) bem como no código deontológico dos enfermeiros sobre o dever de informação (OE, 2005).

Aos participantes da ET foi solicitada a sua autorização verbal, após tomarem contacto com o contexto, os objetivos e esclarecidas as suas dúvidas. Sendo estas esclarecidas numa linguagem simples e adequada, a cada participante, mostrando sempre disponibilidade e abertura para questões em relação às informações fornecidas no momento. Foi também assegurado a cada participante que se podia retirar em qualquer momento, fazendo-o de livre vontade, sem qualquer prejuízo para o decurso do seu tratamento.

Toda a informação recolhida dos participantes foi confidencial e o seu anonimato assegurado segundo o código ético e deontológico dos Enfermeiros, conforme consta no art.º 84 e art.º 85 do mesmo.

3.5. Intervenções de enfermagem

3.5.1. Treino de relaxamento progressivo

As técnicas de relaxamento constituem um conjunto de intervenções úteis numa das áreas em que o enfermeiro EESMP deve investir no âmbito da sua intervenção autónoma, constituindo-se como uma oportunidade para adquirir competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados de âmbito psicoterapêutico, à pessoa com doença mental tendo em conta a promoção de estilos de vida saudáveis e a otimização da saúde mental.

A contribuição do enfermeiro EESMP neste processo, passa pelo papel de “educador” auxiliando os clientes no processo de aquisição de conhecimentos, no

sentido de terem a consciência de que não podendo controlar o exterior podem controlar as suas reações, promovendo um olhar positivo para os sinais de mudança, como uma oportunidade de crescimento pessoal.

O relaxamento apresenta-se como prática de muitos séculos e atravessando as mais diversas culturas. Como técnica de bem-estar ou de aprofundamento espiritual é extremamente antiga, considerando-se que as suas raízes podem ser encontradas no *Yoga*.

Segundo a OE (2011, p.17) relaxamento “é um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado; ou reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva.”

Para Lipp (2004) e Deliberato (2002) o relaxamento muscular reduz a ansiedade e tensão muscular, consequentemente melhorando a saúde física e mental, proporcionando benefícios motivacionais. É uma técnica de que se vai desenvolvendo em termos de habilidade, o que leva a um maior grau de relaxamento à medida que se vai repetindo.

O relaxamento progressivo é uma técnica de relaxamento desenvolvida por Edmund Jacobson em 1938, que pode permitir um estado de relaxamento através da tensão e distensão repetida de grupos musculares específicos em que o praticante aprende a reconhecer a tensão muscular. Jacobson insistia que o seu método era uma competência a ser aprendida e ao contrário da maioria das restantes abordagens enfatizava o facto de que esta técnica não inclui imaginação, força de vontade ou sugestões para obter os resultados (Jacobson, 1976). A sua técnica baseava-se na premissa de que o corpo responde à ansiedade provocando pensamentos acompanhados de tensão muscular (Davis, Eshelman, & McKay, 2008). A maior desvantagem da técnica original é a sua duração, cerca de 50 ou mais sessões o que levou a que ao longo dos anos esta sofresse modificações.

Tendo em vista a aplicação prática em contexto de estágio desta técnica, optei por mobilizar a versão modificada de Bernstein & Borkovec de 1973 – O Treino de Relaxamento Progressivo (TRP).

Esta abordagem consiste em aprender a relaxar grupos específicos de músculos prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento, deste modo aprende-se a diferenciar o contraste entre as sensações associadas a estes dois estados. Este tipo de relaxamento também permite ao cliente reconhecer quando se encontra excessivamente tenso e a instruir-se para

relaxar, reduzindo, desta forma, os seus níveis de ansiedade (Payne, 2003). O relaxamento progressivo dos músculos reduz a pulsação, a tensão arterial e diminui a frequência respiratória. O relaxamento muscular, quando atingido com sucesso, tem o mesmo efeito que um ansiolítico (Davis et al., 2008).

3.5.1.1. Procedimentos e instrumentos

Foi planeada uma intervenção (Apêndice III) que pudesse contribuir para atingir os objetivos delineados.

Optou-se por recorrer à intervenção grupal uma vez que esta já é uma intervenção conhecida na UA, realizada ao fim da tarde seis vezes por semana. A formação de grupos com pessoas que experimentam alterações no seu ciclo vital ou crises decorrentes de situações encaradas como disruptivas á sua existência têm de acordo com a literatura um efeito terapêutico (Guerra, Lima, & Torres, 2014). “O grupo primário ou pequeno grupo, composto por um número de participantes que varia entre 8 a 25 membros, é um contexto psicossocial rico em estímulos e em potencialidades” (Manes, 2011, p.5). Para esta intervenção grupal foi seguido o modelo de Irvin Yalom, criado pelo próprio em 1985, enfatizando os princípios humanistas que regem a sua teoria, mas também valorizando o feedback e a coesão como instrumentos fundamentais no processo terapêutico. Segundo Yalom “o grupo terapêutico oferece não uma terapia individual diluída mas, pelo contrário, uma maior possibilidade de mudanças e trocas terapêuticas diversificadas que não ocorrem individualmente” (Guerra et al., 2014, p. 87).

Foi realizada com um grupo aberto, como já era protocolo do serviço e de modo a maximizar o maior número possível de participação dos clientes na intervenção.

A intervenção foi concretizada com suporte musical, cujo tema foi escolhido por consenso pelo grupo, uma vez que existem estudos que descrevem que o grau de gosto pela música está positivamente relacionado com o grau de relaxamento que os ouvintes relatam (Stratton & Zalanowski, 1984). No entanto ressalva-se que o grau de preferência e o nível de relaxamento obtido da música pode ser próprio de cada pessoa (Scheufele, 2000).

Instrumentos utilizados

Questionário sociodemográfico – o questionário sociodemográfico (Apêndice IV) inclui questões que avaliam a natureza sociodemográfica da amostra (idade, habilitações literárias, atividade profissional, situação económica). Inclui ainda outras questões de forma a caracterizar o comportamento aditivo relativamente ao consumo de álcool.

Questionário de Auto-avaliação (STAI Forma Y-1) – o questionário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger (Forma Y) é um instrumento de Auto-avaliação, constituído por duas escalas: Forma Y-1 que avalia a Ansiedade Estado e a Forma Y-2 que avalia a Ansiedade Traço. A adaptação, tradução e aferição para a população portuguesa foi realizada por Silva & Campos (1998), a partir da versão original de Spielberger, Gorsuch, & Lushene (1970). No contexto do presente relatório será somente utilizada a Forma Y-1 (Anexo I), para avaliar a Ansiedade-Estado dos clientes da amostra. No que diz respeito às qualidades psicométricas do questionário, a Forma Y-1 possui um alfa de Cronbach de 0.91 para o sexo masculino e de 0.93 para o sexo feminino, apresentando uma consistência interna dos itens, recorrendo ao cálculo da correlação item-total corrigido, com valores que oscilam entre os 0.35 e 0.67 no sexo masculino e de 0.46 a 0.75 no sexo feminino (Gonçalves, Simões, Almeida, & Machado, 2006). A forma Y-1 apresenta 20 itens que possui um formato de resposta tipo Likert de 4 pontos (nada, um pouco, moderadamente e muito) com as cotações de 1, 2, 3 e 4 respetivamente. Existem dez itens que se encontram invertidos (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 e 20) com a respetiva cotação de 4, 3, 2 e 1. O total alcança-se com a soma dos valores obtidos, cujo mínimo é de 20 e o máximo é de 80 pontos, sendo que, quanto maior é a pontuação maior é o nível de ansiedade (baixo, para valores entre 20 e 34; moderado, para valores entre 35 e 49; elevado, para valores entre 50 e 64 e muito elevado, para valores entre 65 a 80).

Grelha de colheita de dados e observação da linguagem não-verbal – foi criada para servir como notas de campo (Apêndice V) para “relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiência e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados” (Bogdan & Biklen, 1994, p.150). De acordo com Polit, Beck, & Hungler (2004) a observação não estruturada possibilita ao investigador compreender o fenómeno como é visto pelos participantes, apreendendo o seu conteúdo.

3.5.2. Entrevista de reforço motivacional

A entrevista de reforço motivacional (ERM) insere-se numa das áreas em que o enfermeiro EESMP deve investir no âmbito da sua intervenção autónoma, constituindo-se como uma oportunidade para sedimentar, aperfeiçoar e atualizar conhecimentos, contribuindo decisivamente para a melhoria da prestação de cuidados de qualidade ao cliente com perturbação de uso de álcool.

O estudo dos processos de mudança, de acordo com o modelo transteórico de Prochaska e DiClemente, tem sido uma área de referência nas dependências de substâncias. A motivação, entendida como a probabilidade de iniciar, continuar e aderir a uma estratégia de mudança de comportamento, é um processo dinâmico e não uma condição estática (Miller & Rollnick, 2001). Assim, o conceito de motivação para a mudança traduz-se na recetividade do indivíduo em modificar o seu comportamento face ao uso do álcool. Na literatura encontram-se vários estudos disponíveis no âmbito da avaliação da motivação para a mudança em populações alcoólicas (Collins, Malone, & Larimer, 2012; Demmel, Beck, Richter, & Reker, 2004; Rumpf, Hapke, Meyer, & John, 1999; Simoneau & Bergeron, 2003; Small, Ounpraseuth, Curran, & Booth, 2012).

A entrevista motivacional apresenta uma perspetiva bastante diferente: a baixa motivação ou a falta dela não é apenas um problema do cliente, mas um estado que é muito sensível ao comportamento do enfermeiro. A mudança tem mais probabilidade de ocorrer se ao cliente é dado espaço, se esta não é imposta, mas sim se surgir internamente com a ajuda de uma atmosfera livre de conflitos.

Quando um cliente diz "Você não está a entender... não é apenas o álcool, é o meu casamento também..." como se deve responder? Como se pode influenciar o curso da conversa para a satisfação de ambas as partes? Aqui surgem os três principais conceitos que guiam o desenvolvimento desta técnica: a motivação para a mudança, a ambivalência e a resistência à mudança.

A motivação para a mudança é algo dinâmico, que flutua ao longo do tempo e pode ser influenciado por outros (Miller & Rollnick, 2001). Aqui o modelo transteórico da mudança de DiClemente & Prochaska, revela-se útil para a compreensão e condução de uma entrevista motivacional. Este quadro conceptual baseado em diferentes estadios de mudança indica-nos que os clientes têm diferentes necessidades, dependendo do estadio de mudança em que se encontram e que esta deve ser encarada como um *continuum*. A consciência do enfermeiro do

estadio de mudança do cliente é inestimável para o uso habilidoso da entrevista motivacional, sendo o seu papel manter-se em sintonia com o cliente. É esta sensibilidade que permite que os chamados comportamentos de resistência do cliente sejam mantidos no mínimo e que a relação seja sustentada. Na entrevista motivacional, o enfermeiro caminha sempre ao lado do cliente, em sintonia com sua motivação para mudar.

O conceito de ambivalência foi colocado no centro da descrição da entrevista motivacional por Miller & Rollnick (2001) porque forneceu uma âncora conceptual para lidar com a incerteza sobre a mudança de comportamento que permeia tantas entrevistas. Se a mudança é um processo e se toda mudança for precedida por algum grau de ambivalência, então a ambivalência é normal e suportada por todos em vários níveis. Estes clientes geralmente apresentam uma motivação flutuante e conflitante. Eles querem, mas não querem e a vulnerabilidade pode transformar-se em desafio e voltar à vulnerabilidade em poucos minutos. Aqui o desafio para o enfermeiro EESMP é descobrir como ajudar a fortalecer a motivação do cliente para a mudança. O objetivo é os clientes ouvirem as suas afirmações automotivacionais, deste modo o enfermeiro promove a eficácia dando ênfase à responsabilidade pessoal. O cliente é responsável por decidir e realizar mudanças pessoais. A entrevista motivacional fornece um estilo que evita o confronto, o cliente é convidado a explorar a sua ambivalência sobre a mudança sem experimentar o processo como hostil e insensível.

A resistência á mudança é vista como um comportamento observável que surge quando o enfermeiro perde congruência com o cliente, que este não está a acompanhar a sua linha de ação (Miller & Rollnick, 2001). Aqui é fundamental voltar atrás e colocar-se ao lado do cliente, não o confrontando, mas sim fluir com a resistência do mesmo, isto é, explorar melhor a situação ao invés de aumentar as suas defesas.

Segundo Miller & Rollnick (2001) o objetivo da entrevista motivacional é diminuir as expressões verbais de resistência e aumentar as expressões verbais de mudança e para isso existem cinco princípios básicos: expressar empatia; desenvolver discrepância; evitar argumentação; fluir com a resistência e estimular a autoeficácia. No entanto existem armadilhas que dificultam e retardam o processo de mudança (postura de especialista; atitudes de pergunta/resposta; entrar em

confronto/argumentação; estabelecer o foco prematuramente e a culpabilização) gerando resistência no cliente e por isso devem ser evitadas.

Este tipo de entrevista envolve um espírito de colaboração, participação e autonomia tanto do cliente quanto do profissional, onde ambos vão articulando alternativas em que a motivação para a mudança é construída de forma natural e espontânea. Para Miller & Rollnick (2001), esta é uma técnica de abordagem não-confrontativa e semiestruturada, que identifica e trabalha com a motivação do cliente já que é centrada nas suas necessidades e experiências. Esta intervenção baseia-se no respeito pelo cliente, nas suas crenças e escala de valores, mas tentando estimular a motivação e favorecer o posicionamento, face a estilos de vida saudáveis e promovendo a sua capacidade de escolha.

A entrevista de reforço motivacional faz parte do projeto MATCH, que é um estudo de 5 anos iniciado pelo *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA) iniciado em 1989. Este projeto não tenta guiar ou treinar o cliente, passo por passo, através da recuperação, mas sim empregar estratégias motivacionais de modo a mobilizar os recursos internos do próprio cliente (NIAAA, 1995). Este tipo de intervenção rege-se pelos princípios da entrevista motivacional para a estruturação das sessões. No projeto MATCH, uma breve versão de quatro sessões de entrevistas motivacionais revelou-se tão eficaz como tratamentos mais intensivos em clientes com perturbação de uso de álcool (Allen et al., 1997).

3.5.2.1. Procedimentos e instrumentos

Foi planeada uma intervenção (Apêndice VI) que pudesse contribuir para atingir os objetivos delineados.

Este tipo de abordagem pode ser oferecido a clientes de várias faixas etárias, de ambos os sexos, portadores ou não de comorbidades físicas ou psiquiátricas, com padrão de consumo variados e que procuraram ou não por tratamento (Aharonovich et al., 2006; Bazargan-Hejazi et al., 2005; Graeber, Moyers, Griffith, Guajardo, & Tonigan, 2003; LaBrie, Pedersen, Earleywine, & Olsen, 2006; Saitz et al., 2007).

Esta é uma intervenção que se preconizou como individual, no entanto pode ser feita em grupos (Miller & Rollnick, 2001). Assentou no estabelecimento de uma relação interpessoal centrada no cliente e na utilização de técnicas de comunicação

associadas à entrevista motivacional, em que se utilizou uma abordagem humanista, cognitiva e comportamental.

Em concordância com Lazure (1994) para facilitar o estabelecimento de uma relação terapêutica foram adotadas as seguintes estratégias, comportamentos e atitudes: respeito, congruência e a empatia, escuta, reflexo emotivo ou feedback. No decorrer da intervenção também se teve em conta a identificação dos quatro impasses terapêuticos que bloqueiam a relação terapêutica (resistência, transferência, contratransferência e violação de limites), uma vez que estes são geradores de sentimentos intensos quer no profissional quer no cliente (Stuart & Laraia, 2001). Também foram utilizadas algumas estratégias de comunicação terapêutica (Miller & Rollnick, 2001; Neeb, 2000; Stuart & Laraia, 2001) que promovem a comunicação com o cliente, de modo a este explorar a sua ambivalência e expressar motivos para mudar e com isto sentir-se aceite e entendido nomeadamente: utilização de perguntas abertas; escuta reflexiva; utilização de afirmações positivas; estimulação de afirmações de automotivação e efetuar sínteses.

Instrumentos utilizados

Questionário da Severidade da Dependência Alcoólica (SADQ-C) – a forma C deste questionário (Anexo II) foi adaptada e validada por Breda, Almeida, & Pinto (1998), para a população portuguesa, a partir da versão original de Stockwell, Murphy, & Hodgson (1983). Esta forma correlaciona-se quase perfeitamente com o SADQ original com um coeficiente de correlação de *Pearson* de 0.98 ($p < 0.0001$), apresentando uma excelente consistência interna, com um alfa de *Cronbach* de 0.98 (Stockwell, Sitharthan, McGrath, & Lang, 1994). É de autoavaliação e foi construído para avaliar o grau de severidade da dependência alcoólica, incidindo nos últimos três meses de consumo. É o questionário mais amplamente utilizado para avaliar o grau de dependência alcoólica e apresenta uma maior confiabilidade e validade de entre os restantes questionários do género (Davidson, 1986). Encontra-se dividido em cinco secções temáticas do consumo excessivo de álcool, nomeadamente: sintomas físicos de privação; sintomas afetivos da privação; sintomas de alívio da privação; compulsão para o consumo de bebidas alcoólicas e reinstalação dos sintomas após abstinência. É composto por 20 itens divididos da seguinte forma: 16 referem-se aos sinais de dependência, ocorridos num período recente, com uma

escala tipo Likert, que apresenta quatro respostas possíveis (nunca ou quase nunca, algumas vezes, frequentemente, quase sempre) com as cotações de 0, 1, 2 e 3, respetivamente. Os restantes 4 dizem respeito a uma situação hipotética, relacionada com sinais de dependência, também com uma escala tipo Likert, que apresenta quatro respostas possíveis (não, ligeiramente, moderadamente, bastante), com as cotações de 0, 1, 2 e 3, respetivamente. O somatório de todos os índices permite avaliar o grau de severidade da dependência (dependência ligeira, para valores <16; dependência moderada, para valores 16-30 e dependência severa, para valores >30) sendo que o máximo somatório possível dos resultados é de 60 valores.

Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES 8-D) – esta escala, na versão 8D (Anexo III), foi adaptado para a população portuguesa em doentes toxicodependentes por Janeiro, Faísca, & Miguel (2007) da versão original de Miller & Tonigan (1996). Conforme as indicações dos autores da escala os itens foram direcionados para o uso de álcool. A utilização desta escala é recomendada tanto em contexto clínico como em projetos de investigação para a avaliação da motivação para a mudança, foco importante no tratamento (Janeiro et al., 2007). A fidelidade foi testada para a versão portuguesa obtendo os seguintes resultados: o reconhecimento do problema, apresenta uma consistência interna de 0,87 e 0,84 (alfa de Cronbach) e uma homogeneidade de 0,87 (correlação Intraclases); na ação os testes de fidelidade, evidenciam uma consistência interna de 0,67 e 0,76 (alfa de Cronbach) e uma homogeneidade de 0,66 (correlação Intraclases) e na ambivalência, os resultados de fidelidade são igualmente aceitáveis, pois apresentam uma consistência interna de 0,667 e 0,690 (alfa de Cronbach) com uma homogeneidade de 0,631 (correlação Intraclases)

Nesta versão o questionário é composto por 17 itens: reconhecimento do problema (6 itens); ação (7 itens); ambivalência (4 itens). No referido questionário, cada frase descreve o modo como cada indivíduo pode (ou não) sentir-se, no momento, sobre o seu consumo de álcool, sendo as alternativas de resposta avaliadas em escala do tipo Likert (discordo muito, discordo, indeciso, concordo e concordo muito) em que foi atribuída uma pontuação de 1, 2, 3, 4 e 5 respetivamente. É composta por três subescalas: no reconhecimento, a cotação apresenta um intervalo de valores de 6-30; na ação, um intervalo de 7-35 e na ambivalência, um intervalo de 4-20. A subescala do reconhecimento do problema

está a relacionada com a capacidade de insight do paciente em relação ao consumo de álcool, enquanto a subescala da ambivalência e ação estão relacionadas com a evolução do paciente. A pontuação obtida pelos indivíduos em cada subescala é situada em termos de percentis entre 10 (nível muito baixo) e 90 (nível muito alto): o percentil médio (50%) para o reconhecimento é de 26; o percentil médio (50%) para a ação é de 33 e o percentil médio (50%) para a ambivalência é de 15. Em termos de interpretação dos resultados adotou-se a sugestão dos referidos autores: no que diz respeito ao reconhecimento do problema, pontuações altas indicam que existe reconhecimento dos problemas relacionados com o consumo, que o cliente espera que a situação se agrave se nada fizer e demonstra tendência a expressar o desejo de mudança e pontuações baixas indicam a ausência de desejo de mudança, negação das consequências do consumo e rejeição de diagnósticos; no que diz respeito á ação, pontuações altas significam que o cliente já está a fazer algo para mudar em relação ao seu consumo e pode ter realizado algumas tarefas com sucesso a esse nível, o cliente pode solicitar ajuda para manter a mudança e prevenir recaídas e pontuações baixas significam que o cliente não está a fazer nada para mudar e por fim no que diz respeito á ambivalência, pontuações altas mostram que o cliente por vezes questiona-se acerca da sua capacidade para controlar o consumo, do impacto e consequências do mesmo, revelando incerteza o que pode indicar alguma abertura á reflexão e pontuações baixas mostram que o cliente não se questiona acerca da sua capacidade para controlar o consumo, do impacto e consequências do mesmo isto porque tem um reconhecimento do problema elevado ou tem um reconhecimento do problema baixo e deste modo a pontuação obtida na ambivalência deverá ser interpretada em função da pontuação obtida na subescala reconhecimento do problema. Os autores sugerem ainda que no que respeita à proposta interpretativa, que tem por referencial teórico o modelo transteórico, os clientes devem ser colocados nos estádios de mudança em função do percentil obtido no reconhecimento do problema e ação, nos termos que constam da tabela seguinte:

Tabela 1. Guia de interpretação da SOCRATES 8D de acordo com o modelo transteórico

Reconhecimento do problema (percentis)	Ação (percentis)	Estadio de mudança
- <50	- <50	Pré-contemplação
+ >50	- <50	Contemplação
+ >50	+ >50	Ação
- <50	+ >50	Manutenção

Fonte: Janeiro, L., Faisca, L., & Miguel, M. (2007). Manual da SOCRATES 8D: Guia de aplicação e interpretação; contributo para a adaptação à população portuguesa. In: Manuscrito não publicado, Universidade do Algarve e Universidade de Sevilha.

Resultados/Classificação NOC (Nursing Outcomes Classification) – esta classificação padroniza a nomenclatura dos resultados e definições para uso na prática, educação e pesquisa em enfermagem. Cada resultado inclui uma definição; um conjunto de indicadores que descrevem estados específicos, percepções ou comportamentos relacionados com o resultado; uma escala tipo Likert de cinco pontos e as referências usadas no desenvolvimento do respetivo resultado. Os resultados ajudam a avaliar e quantificar o estado do cliente em relação àquele *outcome*. Neste caso foi utilizado o Controlo de Riscos: Uso de Álcool 1903 (Anexo IV) (Moorhead, Johnson, Maas, & Swanson, 2013). Esta grelha permite fazer o somatório da presença dos respetivos indicadores. O *score* mínimo pode ser de 19, o máximo de 95 e o *score* médio de 57. Quanto mais elevado o *score* obtido mais elevado é o nível de controlo do cliente em relação ao uso de álcool.

4. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo refere-se à apresentação, análise e discussão dos resultados obtidos através dos instrumentos de recolha de dados, no âmbito do estudo de cariz investigativo. De forma a organizar e sistematizar melhor a informação os dados são apresentados através de tabelas e gráficos, encontrando-se em apêndice informação estatística complementar dos dados apresentados de seguida (Apêndice VII).

4.1. Treino de relaxamento progressivo

A amostra em estudo é composta por 20 clientes com perturbação de uso de álcool que se encontravam em tratamento numa UA, em regime de internamento.

Tabela 2: Distribuição dos clientes por género

	Frequência	Percentagem
Feminino	9	45.0
Masculino	11	55.0
Total	20	100.0

Na amostra, 55% (11 clientes) são do sexo masculino e 45% (9 clientes) são do sexo feminino.

Tabela 3. Idade

	N	Média	Desvio padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Idade	20	49.2	10.7	22%	26	66

Na amostra, a idade apresenta um valor médio de 49,2 anos, com uma dispersão de valores de 22%. Os valores mínimo e máximo são 26 e 66 anos, respetivamente.

Tabela 4. Distribuição dos clientes segundo o estado civil

	Frequência	Percentagem
Solteiro	7	35.0
Casado/União de facto	8	40.0
Divorciado	4	20.0
Viúvo	1	5.0
Total	20	100.0

Na amostra, 40% (8 clientes) são casados ou vivem em união de facto, 35% (7 clientes) são solteiros, 20% (4 clientes) são divorciados e 5% (1 cliente) é viúvo.

Tabela 5. Distribuição dos clientes segundo a escolaridade

	Frequência	Porcentagem
1º ciclo	3	15.0
2º ciclo	3	15.0
3º ciclo	8	40.0
Secundário	4	20.0
Licenciatura	2	10.0
Total	20	100.0

Na amostra, quanto ao nível de escolaridade, 15% (3 clientes) têm o 1.º ciclo, também 15% (3 clientes) têm o 2.º ciclo, 40% (8 clientes) têm o 3.º ciclo, 20% (4 clientes) têm o ensino secundário e 10% (2 clientes) têm licenciatura.

Tabela 6. Distribuição dos clientes segundo a situação profissional

	Frequência	Porcentagem
Empregado	11	55.0
Desempregado/Rendimento social	6	30.0
Reformado	3	15.0
Total	20	100.0

Na amostra, quanto à situação profissional, 55% (11 clientes) estão empregados, 30% (6 clientes) estão desempregados ou têm rendimento social e 15% (3 clientes) são reformados.

Tabela 7. Distribuição dos clientes segundo o apoio familiar para o presente internamento

	Frequência	Porcentagem
Não	4	20.0
Sim	16	80.0
Total	20	100.0

Na amostra, constatou-se que quando questionados acerca da sua percepção sobre o apoio que tiveram na decisão de fazer o internamento, 80% (16 clientes) responderam positivamente.

Tabela 8. Distribuição dos clientes segundo internamentos anteriores na UA

	Frequência	Porcentagem
Não	15	75.0
Sim	5	25.0
Total	20	100.0

Na amostra, 25% (5 clientes) têm internamentos anteriores na UA.

Tabela 9. Distribuição dos clientes segundo problemas judiciais relativamente ao álcool

	Frequência	Percentagem
Não	13	65.0
Sim	7	35.0
Total	20	100.0

Na amostra, 35% (7 clientes) têm problemas judiciais relativamente ao álcool.

Tabela 10. Primeiro contacto com álcool

	N	Média	Desvio padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Primeiro contato com álcool	20	16.9	6.5	39%	8	36

Na amostra, a idade do primeiro contato apresenta um valor médio de 16,9 anos, com uma dispersão de valores de 39%. Os valores mínimo e máximo são 8 e 36 anos, respetivamente. Ressalva-se que os valores superiores a 25 anos são *outliers*, casos extremos que saem fora da distribuição normal de valores.

Tabela 11. Início da perturbação de uso de álcool

	N	Média	Desvio padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Início da perturbação de uso de álcool	20	29.4	9.2	31%	19	47

Na amostra, a idade do início da perturbação de uso de álcool apresenta um valor médio de 29.4 anos, com uma dispersão de valores de 31%. Os valores mínimo e máximo são 19 e 47 anos, respetivamente. No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a distribuição de valores da idade do início da perturbação de uso de álcool (figura 1.1).

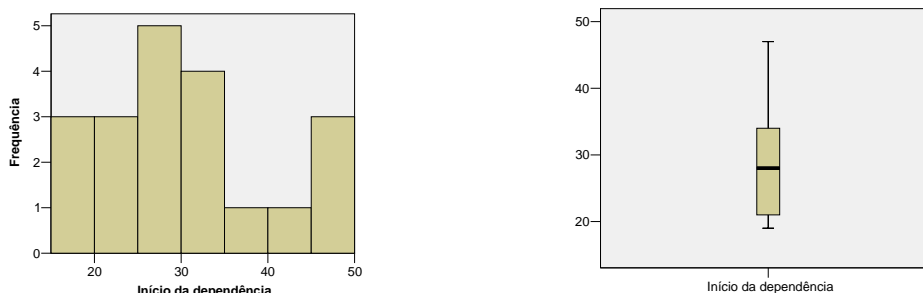


Figura 1.1 Distribuição dos clientes por idade do primeiro contato com álcool

Pode observar-se que a distribuição de valores da idade do início da perturbação de uso de álcool se verifica principalmente entre 19 e 35 anos.

Tabela 12. Tipo de bebida ingerida

	Frequência	Porcentagem
Cerveja	8	40.0
Vinho	9	45.0
Sangria	1	5.0
Whisky	1	5.0
Bagaço	1	5.0
Total	20	100.0

Na amostra, 45% (9 clientes) preferem o vinho, 40% (8 clientes) preferem a cerveja e as respostas sangria, whisky e bagaço são dadas por 5% (1 cliente) cada.

Tabela 13. Quantidade diária ingerida (g) de álcool puro

	N	Média	Desvio padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
Quantidade diária ingerida (g) de álcool puro	20	162.9	96.3	59%	36	352

Na amostra, a quantidade diária ingerida (gr) de álcool puro apresenta um valor médio de 162,9 g, com uma dispersão de valores de 59%. Os valores mínimo e máximo são 36 g e 352 g, respetivamente.

4.1.1. Indicadores de resultado do TRP

As avaliações foram realizadas entre 18.10.2016 e 06.12.2016, em que não existe o mesmo número de repetições para cada elemento da amostra, pelo que cada par de medidas: antes (m_0) e depois (m_1) da intervenção, será considerado como um elemento da amostra, ou seja, as análises serão realizadas para os 155 pares de observações realizadas, ou seja, a amostra é constituída por 155 observações. Na tabela seguinte apresenta-se o número de repetições realizadas para cada elemento da amostra.

Tabela 14. Repetições da avaliação por elemento da amostra

	Frequência
Cliente 1	6
Cliente 2	6
Cliente 3	12
Cliente 4	8
Cliente 5	8
Cliente 6	3
Cliente 7	8
Cliente 8	11
Cliente 9	11
Cliente 10	4
Cliente 11	15
Cliente 12	9
Cliente 13	12

	Frequência
Cliente 14	6
Cliente 15	11
Cliente 16	6
Cliente 17	5
Cliente 18	6
Cliente 19	4
Cliente 20	4
Total	155

O elemento da amostra identificado como “cliente 11” foi avaliado 15 vezes, seguindo-se os elementos da amostra identificados como “cliente 3” e “cliente 13” que foram avaliados 12 vezes, os elementos da amostra identificados como “cliente 8”, “cliente 9” e “cliente 15” foram avaliados 11 vezes, e os resultados são analisados da mesma forma para os restantes elementos da amostra, em que o elemento da amostra identificado como “cliente 6” foi o que foi avaliado menos vezes, em três ocasiões.

Resultados da avaliação da STAI (Forma Y-1)

Tabela 15. STAI (Forma Y-1)

	N	Média	Desvio padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
<i>m</i> 0 antes da intervenção TRP	155	43.3	14.0	32%	20	78
<i>m</i> 1 depois da intervenção TRP	155	35.8	13.4	37%	20	74

Na amostra, o valor da escala STAI (Forma Y-1) antes da intervenção TRP apresenta um valor médio de 43.3, com uma dispersão de valores de 32%, sendo o valor mínimo de 20 e o valor máximo de 78; o valor da escala STAI (Forma Y-1) depois da intervenção TRP apresenta um valor médio de 35.8, com uma dispersão de valores de 37%, sendo o valor mínimo de 20 e o valor máximo de 74 e os valores superiores a 70 são *outliers*.

Resultados da avaliação do Pulso periférico

Tabela 16. Pulso periférico

	N	Média	Desvio padrão	Coef. Variação	Mínimo	Máximo
<i>m</i> 0 antes da intervenção TRP	155	78.8	11.1	14%	53	101
<i>m</i> 1 depois da intervenção TRP	155	75.7	9.7	13%	54	102

Na amostra, o valor do pulso periférico antes da intervenção TRP apresenta um valor médio de 78.8, com uma dispersão de valores de 14%, sendo o valor mínimo de 53 e o valor máximo de 101; o valor do pulso periférico depois da

intervenção TRP apresenta um valor médio de 75.7, com uma dispersão de valores de 13%, sendo o valor mínimo de 54 e o valor máximo de 102, que é *outlier*.

HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

1. Existe relação estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado antes e depois da intervenção TRP

Em primeiro lugar será analisada a evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP.

Tabela 17. Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP

		N	Média	Desvio padrão
STAI (Forma Y-1)	<i>m</i> 0 antes da intervenção TRP	155	43.26	14.00
	<i>m</i> 1 depois da intervenção TRP	155	35.84	13.35

Tabela 18. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP

	Média	Desvio padrão	IC a 95%		t	gl	p
			LI	LS			
<i>m</i> 0 antes da intervenção TRP – <i>m</i> 1 depois da intervenção TRP	7.426	9.571	5.907	8.945	9.659	154	0.000**

IC–Intervalo de Confiança LI–Limite inferior LS–Limite Superior gl–graus de liberdade ** p < 0,01

O valor de prova do teste t é inferior a 5% para as diferenças entre o *m* 0 e o *m* 1 estatisticamente significativas ($M=7.43$, $t_{154}=9.659$, $p<0,001$), pelo que se rejeita a hipótese nula, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas nos valores que medem a ansiedade-estado entre *m* 0 (antes da intervenção TRP) e *m* 1 (depois da intervenção TRP) e como a média das diferenças entre os dois momentos é positiva, significa que os valores da ansiedade-estado diminuem de forma estatisticamente significativa.

No diagrama tipo caixa seguinte, ilustra-se a evolução da ansiedade-estado, medida pela STAI (Forma Y-1) antes e depois da intervenção TRP (figura 2.1).

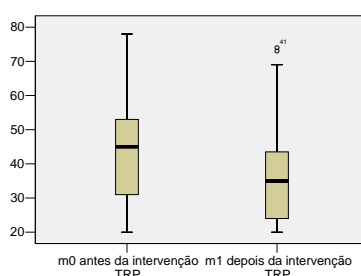


Figura 2.1 Evolução da ansiedade-estado, medida pela STAI (Forma y-1) antes e depois da intervenção TRP

Os valores médios e a distribuição de valores da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1) diminuem entre *m 0* e *m 1*, sendo a diminuição estatisticamente significativa. Portanto, podemos concluir que existe uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado antes e depois da intervenção TRP, sendo que a ansiedade-estado diminui.

2. Existe relação estatisticamente significativa entre o pulso periférico antes e depois da intervenção TRP

Será agora analisada a evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP.

Tabela 19. Evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP

		N	Média	Desvio padrão
Pulso periférico	<i>m 0</i> antes da intervenção TRP	155	78.83	11.11
	<i>m 1</i> depois da intervenção TRP	155	75.68	9.68

Tabela 20. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP

	Média	Desvio padrão	IC a 95%		t	gl	p
			LI	LS			
<i>m 0</i> antes da intervenção TRP – <i>m 1</i> depois da intervenção TRP	3.15	7.37	1.996	4.301	5.396	154	0.000**

IC–Intervalo de Confiança LI–Limite Inferior LS–Limite Superior gl–graus de liberdade ** p < 0,01

O valor de prova do teste t é inferior a 5% para as diferenças entre o *m 0* e o *m 1* estatisticamente significativas ($M=3.15$, $t_{154}=6.396$, $p<0,001$), pelo que se rejeita a hipótese nula, ou seja, existem diferenças estatisticamente significativas nos valores que medem o pulso periférico entre *m 0* (antes da intervenção TRP) e *m 1* (depois da intervenção TRP) e como a média das diferenças entre os dois momentos é positiva, significa que os valores do pulso periférico diminuem de forma estatisticamente significativa.

No diagrama tipo caixa seguinte, ilustra-se a evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP (figura 2.2).

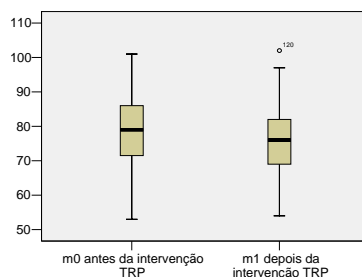


Figura 2.2 Evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP

Os valores médios e a distribuição de valores do pulso periférico diminuem entre m_0 e m_1 , sendo a diminuição estatisticamente significativa. Portanto, podemos concluir que existe uma relação estatisticamente significativa entre o pulso periférico antes e depois da intervenção TRP, sendo que o pulso periférico diminui.

3. Existe relação estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado e o pulso periférico antes e depois da intervenção TRP

Agora será analisada a relação entre os valores da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP e do pulso periférico, medido também antes e depois da intervenção TRP.

Tabela 21. Correlação de *Pearson*: Relação entre a ansiedade-estado e o pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP

		Pulso periférico		
		m_0	m_1	
STAI Y-1		Coef. Correlação	0.105	0.100
	m_0 antes da intervenção TRP	Valor de prova	0.194	0.216
		N	155	155
ansiedade-estado		Coef. Correlação	0.105	0.168*
	m_1 depois da intervenção TRP	Valor de prova	0.192	0.037
		N	155	155

Verifica-se apenas uma correlação positiva estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), depois da intervenção TRP e o pulso periférico, medido também depois da intervenção TRP ($r=0.168$, $p=0.037$), o que significa que a um aumento dos valores da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), depois da intervenção TRP, corresponde um aumento significativo dos valores do pulso periférico, depois da intervenção TRP. No entanto, a magnitude do coeficiente de correlação é diminuta, podendo ser considerada negligenciável.

As restantes correlações são também positivas mas não são estatisticamente significativas: verifica-se uma correlação positiva não significativa entre a ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes da intervenção TRP e o pulso periférico, medido também antes da intervenção TRP ($r=0.105$, $p=0.194$); verifica-se uma correlação positiva não significativa entre a ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes da intervenção TRP e o pulso periférico, medido depois da intervenção TRP ($r=0.100$, $p=0.216$); verifica-se uma correlação positiva não significativa entre a ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1),

depois da intervenção TRP e o pulso periférico, medido antes da intervenção TRP ($r=0.105$, $p=0.192$);

Portanto, apenas existe uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado depois da intervenção TRP e o pulso periférico também depois da intervenção TRP, em que a um aumento dos valores da ansiedade-estado, depois da intervenção TRP, corresponde um aumento significativo dos valores do pulso periférico, também depois da intervenção TRP.

Resultados da observação da linguagem não-verbal

Tabela 22. Linguagem não-verbal

	Frequência	Porcentagem
Nada a assinalar	84	54.2
Distraído	24	15.5
Tenso	20	12.9
Adormece	27	17.4
Total	155	100.0

Na amostra das avaliações realizadas, em 54% (84 avaliações) não há nada a assinalar, em 17% (27 avaliações) o cliente adormece, em 16% (26 avaliações) o cliente está distraído e em 13% (20 avaliações) o cliente está tenso.

Análise em cada grupo da linguagem não-verbal

1. Grupo em que não há “nada a assinalar”

Tabela 23: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo em que não há “nada a assinalar”

		N	Média	Desvio padrão
STAI (Forma Y-1)	<i>m</i> 0 antes da intervenção TRP	84	42.57	14.59
	<i>m</i> 1 depois da intervenção TRP	84	33.12	11.81
Pulso periférico	<i>m</i> 0 antes da intervenção TRP	84	80.14	10.54
	<i>m</i> 1 depois da intervenção TRP	84	73.98	8.70

Tabela 24. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo em que não há “nada a assinalar”.

	Média	Desvio padrão	IC a 95%		t	gl	p
			LI	LS			
STAI (Forma Y-1) <i>m</i> 0 – <i>m</i> 1	9.45	9.76	7.333	11.571	8.873	83	0.000**
Pulso periférico <i>m</i> 0 – <i>m</i> 1	6.17	5.95	4.875	7.459	9.494	83	0.000**

IC–Intervalo de Confiança

LI–Limite Inferior

LS–Limite Superior

gl–graus de liberdade

** $p < 0,01$

No grupo em que não há “nada a assinalar”, existem diferenças estatisticamente significativas ($M=9.45$, $t_{83}=8.873$, $p<0,001$) nos valores que medem

a ansiedade-estado entre m_0 e m_1 , o que significa que os valores da ansiedade-estado diminuem de forma estatisticamente significativa; existem também diferenças estatisticamente significativas ($M=6.17$, $t_{83}=9.494$, $p<0,001$) nos valores que medem o pulso periférico entre m_0 e m_1 , o que significa que os valores do pulso periférico diminuem de forma estatisticamente significativa.

2. Grupo “distráido”

Tabela 25: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo “distráido”.

		N	Média	Desvio padrão
STAI (Forma Y-1)	m_0 antes da intervenção TRP	24	43.71	13.71
	m_1 depois da intervenção TRP	24	40.46	15.88
Pulso periférico	m_0 antes da intervenção TRP	24	83.13	8.32
	m_1 depois da intervenção TRP	24	82.33	9.57

Tabela 26. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo “distráido”.

	Média	Desvio padrão	IC a 95%		t	gl	p
			LI	LS			
STAI (Forma Y-1) $m_0 - m_1$	3.25	6.80	0.377	6.123	2.340	23	0.028*
Pulso periférico $m_0 - m_1$	0.79	7.71	-2.462	4.046	0.503	23	0.620

IC–Intervalo de Confiança LI–Limite Inferior LS–Limite Superior gl–graus de liberdade * $p < 0,05$

No grupo “distráido”, existem diferenças estatisticamente significativas ($M=3.25$, $t_{23}=2.340$, $p=0.028$) nos valores que medem a ansiedade-estado entre m_0 e m_1 , o que significa que os valores da ansiedade-estado diminuem de forma estatisticamente significativa; mas não existem diferenças significativas ($M=0.79$, $t_{23}=0.503$, $p=0.620$) nos valores que medem o pulso periférico entre m_0 e m_1 , o que significa que os valores do pulso periférico não sofrem alteração significativa.

3. Grupo “tenso”

Tabela 27: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo “tenso”.

		N	Média	Desvio padrão
STAI (Forma Y-1)	m_0 antes da intervenção TRP	20	41.25	14.76
	m_1 depois da intervenção TRP	20	40.15	16.46
Pulso periférico	m_0 antes da intervenção TRP	20	76.50	12.34
	m_1 depois da intervenção TRP	20	79.15	11.03

Tabela 28. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo “tenso”.

	Média	Desvio padrão	IC a 95%		t	gl	p
			LI	LS			
STAI (Forma Y-1) <i>m</i> 0 – <i>m</i> 1	1.10	6.33	-1.863	4.063	0.777	19	0.447
Pulso periférico <i>m</i> 0 – <i>m</i> 1	-2.65	7.44	-6.130	0.830	-1.594	19	0.127

IC–Intervalo de Confiança LI–Limite Inferior LS–Limite Superior gl–graus de liberdade

No grupo “tenso”, não existem diferenças estatisticamente significativas ($M=1.10$, $t_{19}=0.777$, $p=0.447$) nos valores que medem a ansiedade-estado entre *m* 0 e *m* 1, o que significa que os valores da ansiedade-estado não sofrem alteração significativa; também não existem diferenças significativas ($M=-2.65$, $t_{19}=-1.594$, $p=0.127$) nos valores que medem o pulso periférico entre *m* 0 e *m* 1, o que significa que os valores do pulso periférico não sofrem alteração significativa.

4. Grupo que “adormece”

Tabela 29: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo que “adormece”.

		N	Média	Desvio padrão
STAI (Forma Y-1)	<i>m</i> 0 antes da intervenção TRP	27	46.52	11.84
	<i>m</i> 1 depois da intervenção TRP	27	37.00	11.38
Pulso periférico	<i>m</i> 0 antes da intervenção TRP	27	72.63	11.68
	<i>m</i> 1 depois da intervenção TRP	27	72.48	8.60

Tabela 30. Teste t para amostras emparelhadas: Evolução da ansiedade-estado, medida pela escala STAI (Forma Y-1), antes e depois da intervenção TRP, no grupo que “adormece”.

	Média	Desvio padrão	IC a 95%		t	gl	p
			LI	LS			
STAI (Forma Y-1) <i>m</i> 0 – <i>m</i> 1	9.52	10.17	5.497	13.540	4.865	26	0.000**
Pulso periférico <i>m</i> 0 – <i>m</i> 1	0.15	6.06	-2.250	2.546	0.127	26	0.900

IC–Intervalo de Confiança LI–Limite Inferior LS–Limite Superior gl–graus de liberdade ** $p < 0,01$

No grupo que “adormece”, existem diferenças estatisticamente significativas ($M=9.52$, $t_{26}=4.865$, $p<0.001$) nos valores que medem a ansiedade-estado entre *m* 0 e *m* 1, o que significa que os valores da ansiedade-estado diminuem de forma estatisticamente significativa; mas não existem diferenças significativas ($M=0.15$, $t_{26}=0.127$, $p=0.900$) nos valores que medem o pulso periférico entre *m* 0 e *m* 1, o que significa que os valores do pulso periférico não sofrem alteração significativa.

4.1.2. Discussão dos resultados

A partir das hipóteses formuladas e de acordo com o enquadramento teórico desenvolvido, a discussão dos resultados pretende trazer um contributo e ajudar na interpretação dos dados obtidos neste estudo. O objetivo geral do estudo pretendia avaliar o impacto da intervenção TRP na gestão da ansiedade dos clientes com perturbação de uso de álcool.

Tendo em conta a problemática em estudo e o seu enquadramento teórico descrito anteriormente, em relação à 1ª hipótese era esperado que existisse uma diminuição na ansiedade-estado após a intervenção TRP. Esta hipótese foi verificada, uma vez que os valores da ansiedade-estado diminuíram de forma estatisticamente significativa. Num estudo publicado por Almeida & Araújo (2005) os resultados indicaram que o relaxamento apresenta efeitos positivos na diminuição da ansiedade em clientes com perturbação de uso de álcool. Em relação à 2ª hipótese era esperado que existisse uma diminuição no pulso periférico após a intervenção TRP. Esta hipótese foi verificada, uma vez que os valores do pulso periférico diminuíram de forma estatisticamente significativa. Segundo Payne (2003) os sintomas físicos variam de indivíduo para indivíduo devido às diferentes sensibilidades de cada órgão ao experienciar a ansiedade, no entanto os mais comuns serão o aumento do ritmo cardíaco, o aumento da tensão arterial e a hiperventilação. No que diz respeito à 3ª hipótese em que era esperado existir relação estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado e o pulso periférico antes e depois da intervenção TRP, esta não foi confirmada. Embora se observe existir uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado depois da intervenção TRP e o pulso periférico também depois da intervenção TRP, em que a um aumento dos valores da ansiedade-estado, depois da intervenção TRP, corresponde um aumento significativo dos valores do pulso periférico, também depois da intervenção TRP.

Relativamente à análise em cada grupo da linguagem não-verbal, embora sem hipóteses estabelecidas à priori, foi também alvo de tratamento estatístico. Nesta vertente os resultados obtidos são reveladores. No grupo em que não há “nada a assinalar”, ou seja, os clientes cumprem o relaxamento na íntegra a ansiedade-estado e o pulso periférico diminuem. No grupo “distraído”, ou seja, os clientes cumprem o relaxamento com algumas interrupções a ansiedade-estado diminui, mas o pulso periférico mantém-se sem alterações significativas. O mesmo

se passa no grupo “adormece”, em que os clientes não cumprem o relaxamento porque adormecem. No grupo “tenso”, ou seja, os clientes não conseguem cumprir o relaxamento apesar de tentarem, não existem alterações significativas quer para a ansiedade-estado quer para o pulso periférico. Esta variação poderá estar relacionada com os níveis de ambivalência face ao tratamento e existência de motivação. Em certos clientes era frequente haver alguma resistência relativamente em aceitar a sua adição e concomitantemente todo o programa estabelecido para a sua recuperação, sendo isso visível nas sessões de relaxamento, que eram encaradas como mais um momento para uma sesta. De acordo com Becoña & Martín (2004) o sucesso ou regressão entre os estádios motivacionais poderão estar relacionados com a correta utilização de técnicas adequadas a cada momento.

Em muitos dos estudos encontrados a técnica de relaxamento era, na maioria das vezes, utilizada como grupo de controlo. No entanto face aos resultados que apontam para alguma efetividade do relaxamento na melhoria da gestão da ansiedade, alguns autores sugeriram que mais pesquisas precisavam de ser realizadas para determinar intervenções e estratégias eficazes para este tipo de clientes, uma vez que não existe suficiente evidência científica que suporte uma relação direta entre o relaxamento e a diminuição da ansiedade.

Em suma, através dos resultados obtidos e os objetivos inicialmente propostos, pode afirmar-se a eficácia da intervenção TRP na gestão dos níveis de ansiedade dos clientes com perturbação de uso de álcool, ainda que com as devidas limitações. No entanto este estudo de cariz investigativo despertou-me a atenção para a necessidade de a tomada de decisão relativamente à prestação de cuidados de enfermagem, ser baseada em evidência científica relevante e válida. Espero com isto contribuir para a sensibilização dos enfermeiros da área da saúde mental e psiquiatria para a necessidade da realização de mais estudos sobre a eficácia do relaxamento como terapia complementar não farmacológica em Portugal, de modo a que esta passe a ser prática comum como intervenção especializada de enfermagem e seja definitivamente demonstrada a importância da mesma.

4.2. Entrevista de reforço motivacional

A amostra em estudo é composta por 4 clientes com perturbação de uso de álcool que se encontravam em tratamento com medicação aversiva numa ET, em regime de ambulatório.

Tabela 31. Caracterização sociodemográfica

Caracterização sociodemográfica	Frequência	Percentagem
Género		
Masculino	3	75.0
Feminino	1	25.0
Idade		
29-39	1	25.0
40-49	1	25.0
50-59	2	50.0
Escolaridade		
1º ciclo	1	25.0
2º ciclo	1	25.0
3º ciclo	1	25.0
Ensino secundário	1	25.0
Estado civil		
União de facto	2	50.0
Solteiro	2	50.0
Situação profissional		
Empregado	2	50.0
Desempregado	2	50.0
Total*	4	100.0

Participaram nesta intervenção 1 mulher e 4 homens. Verificou-se que a maioria dos clientes que participaram é do género masculino. A idade variou entre os 29 e os 59 anos. Relativamente á escolaridade, esta abrangeu desde o 1º ciclo até ao ensino secundário. No que diz respeito ao estado civil, 2 clientes eram solteiros e 2 vivem em união de facto. Em relação á sua situação profissional, 2 clientes estão desempregados e 2 têm emprego fixo.

Tabela 32. Tratamentos anteriores e tipo de bebida ingerida

	Frequência	Percentagem
Tratamentos anteriores		
Sim	2	50.0
Não	2	50.0
Bebida preferida		
Vinho	3	75.0
Cerveja	1	25.0
Total	4	100.0

Apurou-se que 2 clientes já tinham feito tratamento prévio de desabituação alcoólica. A bebida de eleição é o vinho (75%).

Tabela 33. Idade do primeiro contato e do início do consumo de álcool

Primeiro contato (anos)	
Mínimo	4
Máximo	16
Média	10.75
Desvio padrão	5.12
Início do consumo (anos)	
Mínimo	20
Máximo	54
Média	35.00
Desvio padrão	15.19

Constata-se que a média (10.75) de idade para o primeiro contato com o álcool é baixa, com um mínimo aos 4 anos e um máximo aos 16 anos. O início do consumo de álcool tem uma média (35) com um mínimo aos 20 anos e um máximo aos 54 anos.

Tabela 34. Quantidade diária ingerida (g) de álcool puro

Quantidade diária ingerida (g) de álcool puro	n=4
Mínimo	144
Máximo	288
Média	228
Desvio padrão	60.40

Verifica-se que a média diária ingerida é muito elevada corresponde a 228g de álcool puro, sendo que a quantidade máxima diária recomendada são duas bebidas padrão ou 20g de álcool puro (DGS, 2012a).

Tabela 35. Grau de severidade da dependência alcoólica

SADQ-C	Frequência	Porcentagem
Dependência ligeira	1	25.0
Dependência moderada	3	75.0
Dependência severa	0	0.0
Total*	4	100.0

Os resultados obtidos permitem mencionar que 3 clientes apresentam dependência moderada e 1 cliente apresenta dependência ligeira. Note-se que não houve nenhum registo de dependência severa.

Motivação para a mudança

Uma primeira análise tem por base os percentis propostos para as subescalas Reconhecimento do problema, Ação e Ambivalência proposta pelos autores da escala SOCRATES 8-D.

Tabela 36. Estadio de motivação para a mudança, m 0

SOCRATES 8-D	n=4	Mínimo	Máximo	Média	DP
Reconhecimento do problema		15	30	22.25	7.36
Ação		32	35	33.75	1.50
Ambivalência		8	18	11.25	4.57

Relativamente aos dados antes da intervenção, a análise da tabela á subescala Reconhecimento do problema mostra que em média (22.5) os clientes apresentam valores abaixo do percentil 50 (26), o que revela que demonstram pouco insight em relação ao consumo de álcool, negando as consequências do seu consumo. Na subescala Ação a média (33.75) situa-se no percentil 50 (33), o que significa que os clientes estão a começar a fazer algo para mudar o seu comportamento em relação ao seu consumo de álcool. Relativamente aos resultados obtidos com a subescala Ambivalência, estes mostram que os clientes em média (11.25) situam-se abaixo do percentil 50 (15) mostrando que não se questionam acerca da sua capacidade para controlar o consumo, do impacto e consequências do mesmo, porque apresentam um reconhecimento do problema baixo.

Tabela 37. Estadio de motivação para a mudança, m 1

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Reconhecimento do problema	21	30	25.75	4.92
Ação	35	35	35.0	0.0
Ambivalência	4	14	9.0	4.08

Relativamente aos dados depois da intervenção, a análise da tabela á subescala Reconhecimento do problema mostra que em média (25.75) os clientes mantiveram valores abaixo do percentil 50 (26). No entanto, a média elevou-se em relação ao início o que revela um aumento do insight em relação ao consumo de álcool. Na subescala Ação a média (35) situa-se acima do percentil 50 (33) no topo dos percentis, o que significa que todos os clientes deram início a algumas alterações no seu comportamento em relação ao seu consumo de álcool. Relativamente aos resultados obtidos com a subescala Ambivalência, estes

mostram que os clientes em média (9) situam-se abaixo do percentil 50 (15). No entanto, uma vez que os resultados obtidos na subescala Reconhecimento aumentaram isto revela que os clientes não se questionam acerca da sua capacidade para controlar o consumo, do impacto e consequências do mesmo, porque têm um reconhecimento mais elevado do problema.

Uma segunda análise tem por base o referencial teórico em que os clientes são colocados nos estádios de mudança do Modelo Transteórico em função da pontuação dos percentis, obtida nas subescalas Reconhecimento do problema e Ação.

Tabela 38. Estadio de motivação para a mudança, *m 0* e *m 1*

	<i>m 0</i>		<i>m 1</i>	
	Frequência	Percentagem	Frequência	Percentagem
Contemplação	1	25.0	0	0.0
Ação	1	25.0	2	50.0
Manutenção	2	50.0	2	50.0
Total	4	100.0	4	100.0

A análise da tabela, permite constatar que no início, 1 cliente encontrava-se no estadio contemplativo, 1 cliente encontrava-se no estadio de ação e 2 clientes encontravam-se no estadio de manutenção. Por sua vez, no final da intervenção ERM, o número de clientes no estadio da ação aumentou e a número de clientes do estadio de manutenção manteve-se. Deixou de haver clientes no estadio contemplativo.

4.2.1. Indicadores de resultado da ERM

No que diz respeito à avaliação das sessões foi utilizado como instrumento uma grelha de observação com base nos indicadores de Controlo de Riscos: Uso de Álcool – NOC

Tabela 39. Resultados NOC para Controlo de Riscos: Uso de Álcool, *m 0* e *m 1*

	Mínimo	Máximo	Média	DP
<i>m 0</i>	51	80	65.50	16.74
<i>m 1</i>	55	88	79.25	12.95

A análise da tabela mostra-nos que no início da intervenção, em média (65.5) os clientes encontravam-se acima do score médio (57) da escala, com um mínimo de 51 e um máximo de 80. No final da intervenção em média (79.25) os clientes

mantiveram-se acima do score máximo (95) da escala, com um mínimo de 55 e um máximo de 88. Através destes resultados constata-se uma evolução positiva nos indicadores, demonstrando-se que houve ganhos em saúde nos clientes após a realização da intervenção ERM.

5. CONTRIBUTOS PARA AS COMPETÊNCIAS EM DESENVOLVIMENTO

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) o enfermeiro especialista necessita de possuir competências comuns ou transversais (OE 2010a). As competências gerais são comuns a todos os enfermeiros especialistas, nas diversas áreas de atuação. São quatro os domínios de competências comuns: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ao cuidar, o cliente com perturbação de uso de álcool, o enfermeiro EESMP mobiliza-as não só na relação que estabelece com o cliente, mas também no desenvolvimento e/ou dinamização de projetos de intervenção, que podem ser implementados nos locais de trabalho.

No entanto sendo enfermeiro especialista na área de saúde mental deve ainda possuir um conjunto de competências específicas (OE, 2010b). A área da saúde mental, pelas especificidades a ela inerentes, obriga o profissional de enfermagem a dominar para além da componente orgânica, as componentes relacionais, comunicacionais, cognitivas, sociofamiliares e comunitárias de forma talvez mais aprofundada que outras áreas de especialização.

A competência não é uma condição ou um conhecimento possuído, é antes um processo dinâmico e contextual, que se revela na ação através de um saber combinatório entre conhecimentos, aptidões e atitudes (Lustri, Miura, & Takahachi, 2005). Daí a competência inscrever-se num paradigma construtivista que assenta sobre o conceito de aprendizagem ao longo da vida, implicando a visão de competência como uma construção, “como se se tratasse de um edifício nunca acabado e que pode ser acrescentado e melhorado todos os dias” (Lopes & Nunes, 1995, p. 3).

Perspetivando adquirir competências de enfermeiro EESMP foram tidas em conta as competências, as unidades de competências e os critérios de avaliação.

Segundo (Phaneuf, 2005, p.177) “os meios de nos conhecermos a nós próprios são ilimitados e a tarefa nunca está completamente acabada. Contudo a autorreflexão, a tomada de consciência das diversas estruturas da nossa personalidade e do seu funcionamento, e a retroação dos outros permitem-nos descobrir bastante bem quem nós somos, como somos e o que precisaríamos de fazer para melhor nos atualizarmos (...) a introspeção é o primeiro instrumento do

autoconhecimento, mas a dificuldade consiste em manter-se objectivo, sem fechar os olhos sobre os seus defeitos e sem inflacionar as suas qualidades.”

Tendo em mente a primeira competência¹, a reflexão sobre o que aprendo na prática diária permite-me inferir que a prática profissional gera conhecimento e que este tipo de conhecimento surge de forma imprevista, nas mais variadas situações, de problemas ou erros e também da troca de ideias entre os pares. Esta reflexão sobre a prática possibilita dar relevância ao meu percurso formativo e à minha práxis profissional, contribuindo para o desenvolvimento do pensamento crítico. Vem assim permitir perspetivar a continuidade e consolidar a importância do cuidar e das intervenções de enfermagem que presto durante a minha prática profissional, sendo que as competências que vou adquirindo, num processo dinâmico, reflexivo e adaptativo, vão-me permitir integrar conhecimento da prática avançada, com o intuito de desenvolver uma postura autónoma, responsável, criativa e participante no processo de ensino-aprendizagem que me foi facilitado, aplicando o saber ser, o saber estar e o saber fazer às diversidades e adversidades dos diferentes contextos.

O aperfeiçoamento desta primeira competência foi elaborado um portfólio reflexivo (Apêndice VIII) com o intuito de “refletir sobre a ação, pensando retrospectivamente sobre o que fizemos, de modo a descobrir como nosso ato de conhecer-na-ação pode ter contribuído para um resultado inesperado” (Schön 2000, p. 22). Uma vez que para Stuart & Laraia (2001, p.48) “a autoconsciência é um componente fundamental da experiência da enfermagem psiquiátrica. O objetivo do enfermeiro é conquistar uma comunicação autêntica, franca e pessoal. Deve ser capaz de examinar sentimentos, ações e reações pessoais.” Utilizei a reflexão crítica e reflexiva sobre as vivências como estratégia de aprendizagem e dimensão autopoietica² de modo a alcançar uma compreensão sobre os meus sentimentos, emoções, crenças e valores, bem como comportamentos potenciando assim o autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeiro. Concordo com Passeggi (2011, p.147) uma vez que “ao narrar a sua própria história, a pessoa procura dar sentido às suas experiências e, nesse percurso, constrói outra representação de si: reinventa-se.” Este instrumento possibilitou-me também reconhecer as minhas resistências, os meus preconceitos, os meus medos e também os limites da relação

¹ F1. Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

² Termo das ciências sociais e humanas que se refere à capacidade humana de se autorregular, autoadequar, autoinventar

profissional-cliente de forma a preservar a integridade do processo terapêutico.

Buscando o autoconhecimento, avalei as contradições e inconsistências que foram surgindo ao longo do percurso. Tudo isto me levou a repensar os meus comportamentos face aos valores e ideais que me rodeavam, o que me permitiu fazer escolhas, reformular ideias e repensar os meus comportamentos e ações quer a nível pessoal e profissional. Contudo este processo de introspeção nem sempre foi pacífico, sendo muitas vezes causador de ansiedade e desconforto. Tendo em conta tudo o que foi mencionado anteriormente, saliento a importância do cuidado de nós mesmos, de modo a identificar os meus limites e otimizar os meus recursos no sentido da melhoria da minha prática diária. Isto porque “um prestador de cuidados que não cuide de si, não pode descontraír-se e oferecer serenidade, calor e compreensão àqueles de quem cuida” (Hesbeen, 2001, p. 71).

De salientar que as reuniões com o professor orientador e com os enfermeiros orientadores nos locais de estágio revelaram-se um contributo de extrema importância, uma vez que estes momentos formativos permitiram a partilha de experiências, a aquisição de conhecimentos sobre a temática em análise e a necessidade de manter todo o meu processo introspectivo com o intuito de procurar o autoconhecimento.

Considerando as unidades de competência associadas à segunda competência¹, o enfermeiro EESMP necessita de documentação que lhe permita realizar uma correta avaliação da saúde mental de forma sistematizada, utilizando uma linguagem classificada. O guião da avaliação inicial da UA e da ET, são instrumentos que completam essa necessidade. Nesse sentido também as escalas utilizadas na ET, tais como, a SADQ-C, que avalia o grau de severidade de dependência alcoólica e a escala SOCRATES, que avalia a motivação são instrumentos que acrescentam uma outra vertente de informação para a avaliação da saúde mental do cliente. Penso que a adoção destas duas escalas na UA seria uma mais-valia que iria adicionar informação pertinente para os enfermeiros sobre os clientes.

Foi relevante a interação com a equipa multidisciplinar dos serviços, bem como as várias entrevistas não formais realizadas aos enfermeiros. As reuniões de passagem de turno em contexto do estágio de internamento revelaram-se momentos

¹ F2. Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.

fundamentais de presenciar a partilha de conhecimentos entre a equipa de enfermagem. Segundo a OE (2001b, p.1) este tipo de reunião “têm por objetivo assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, e como finalidade promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, enquanto momento de análise das práticas e de formação em serviço/em situação.

Numa outra vertente a observação do dia-a-dia dos clientes e suas rotinas, permitiu uma avaliação abrangente das necessidades. Segundo Peplau (1990), a observação em enfermagem é um processo de identificação, clarificação e verificação de impressões, que se obtêm na relação com o cliente a partir da experiência do enfermeiro. Assim, acompanhar os utentes no seu dia-a-dia aplicando técnicas de entrevista, técnicas observacionais, análise e interpretação de registos, sempre fortalecendo o autoconhecimento e mobilizando as competências comunicacionais foi de extrema importância para o desenvolvimento da relação terapêutica permitindo-me perceber quais as suas maiores necessidades. Chalifour (2009, p.59) remete-nos para a importância que a entrevista tem na construção da relação de ajuda, pressupondo-se que o enfermeiro seja capaz de: “compreender o problema nos termos em que ele se coloca para aquele indivíduo singular na sua existência singular” e “ajudar o cliente a evoluir pessoalmente no sentido da sua melhor adaptação social”.

No contexto de prestação de cuidados do enfermeiro EESMP e tendo em conta a terceira competência¹, é extremamente importante a aplicação do processo de enfermagem, uma vez que este é o método de raciocínio clínico dos enfermeiros. Com o objetivo de compreender o fenómeno em estudo recorri a uma abordagem metodológica de estudo caso, especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos num determinado contexto. Neste sentido, foram realizados dois estudos caso durante o período de estágio, um em cada contexto. Estes são apresentados no apêndice IX (contexto internamento) e apêndice X (contexto ambulatório). 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 se atribui importância. Para Ponte (2006, p.2) o estudo caso é

¹ F3. 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.

“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” Assim, os estudos de caso basearam-se numa pesquisa intensa e aprofundada de um determinado objeto de estudo, bem definido e que visou compreender a singularidade e globalidade dos casos clínicos, em simultâneo.

A entrevista, como técnica de recolha de dados, ganhou bastante importância no estudo de caso, uma vez que foi através dela que percebi a forma de como os clientes interpretam as suas vivências já que a entrevista “ é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (Bogdan & Biklen, 1994, p.134).

No entanto, importa salvaguardar os princípios éticos, deontológicos e legais associados à prática de cuidados, bem como perspetivar a ajuda ao outro na lógica da advocacia. Estes pressupostos são particularmente sensíveis na área da saúde mental, quando toda a evidência reconhece que o estigma pode condicionar a autonomia e o papel de cidadania dos clientes e suas famílias.

A quarta competência¹ abrange intervenções que têm como objetivo, segundo a OE (2010b), ajudar a pessoa a realizar as suas capacidades e atingir um padrão de funcionamento saudável e satisfatório. Esta competência envolve as capacidades do enfermeiro para interpretar e individualizar estratégias, através de atividades, tais como: ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar. Ao desenvolver intervenções de âmbito psicoterapêutico, como futura enfermeira EESMP ajustei a minha intervenção às necessidades do cliente tendo sempre como objetivo aumentar o insight, promover o *empowerment* e consequentemente o *recovery*.

Vejo estes tipos de intervenções como o estabelecimento de um fluxo de informação do enfermeiro EESMP para o cliente e vice-versa. A minha meta foi dotar o cliente com uma abordagem teórico-prática que lhe possibilite a compreensão do

¹ F4. 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.

seu problema. O meu papel educativo surgiu desde o início até ao fim do tratamento, uma vez que é da responsabilidade do enfermeiro EESMP educar e familiarizar o cliente em relação aos seus problemas e sua patologia, esclarecendo-o acerca das implicações e consequências. Desta forma consegui tornar o cliente num colaborador ativo, aliado e conseqüentemente, tornar a relação terapêutica mais efetiva. Isto implicou da parte do cliente, a aprendizagem de comportamentos adaptativos qualitativamente superiores e a aquisição de competências próprias que lhe permitam, de futuro, fazer escolhas que passem a parecer-lhe as mais autênticas.

Atualmente tornou-se imprescindível demonstrar cientificamente a eficácia e mesmo a efetividade de qualquer intervenção. Da revisão de literatura realizada pude constatar que tanto o TRP como a ERM constituem-se como ferramentas essenciais para melhorar o custo-benefício dos cuidados sendo técnicas poderosas de intervenção não farmacológica e autónoma. Sempre com o objetivo de aumentar, no cliente com perturbação de uso de álcool, a tomada de consciência da necessidade de manter a abstinência e assim prevenir a recaída.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É essencial refletir sobre a prática e na prática, sendo este relatório o utensílio ideal para reunir os aspetos mais importantes do meu processo de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional atingidos durante o estágio efetuado. Elaborei este relatório de estágio com o objetivo geral de descrever as aprendizagens realizadas ao longo do curso e dos dois campos estágios de forma a adquirir competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Tendo em conta que se trata da última fase do processo que se iniciou com o projeto para o estágio, valorizei e promovi a capacidade de reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido.

Saliento que foram realizadas alterações ao projeto inicial, uma vez que surgiram imprevistos sobre os quais se tornou importante refletir. Esta reflexão foi indispensável, facilitando a aquisição de conhecimentos e levando ao autoconhecimento, isto porque recorrendo à reflexão na ação aprendi a partir da análise e interpretação dos meus comportamentos tomando consciência das minhas ações.

Foi a continuidade de um percurso de desenvolvimento, que através da supervisão clínica dos enfermeiros orientadores, me levou a sair da zona de conforto e a aceder a novos níveis de autoconsciência, sobretudo no seio da relação terapêutica.

O primeiro estágio foi marcado pela exploração/reflexão da concetualização do projeto de estágio, de modo a executa-lo na prática de cuidados. Nesta etapa procurei aliar a minha prática com teoria, perspetivando a minha avaliação e intervenção à luz de modelos teóricos. Foi um trabalho de pesquisa, ligação das aprendizagens, uma procura de intervenções individualizadas ao cliente, assim como a avaliação do seu resultado. No segundo estágio foi dada continuidade ao trabalho realizado e dado enfoque ao desenvolvimento dos novos objetivos delineados.

No plano da autocrítica considero que tracei inicialmente objetivos demasiado ambiciosos. A disponibilização inerente à prossecução do estudo de cariz investigativo teve um efeito de dispersão e de ocupação do tempo que poderia ter sido mais bem aproveitado. Mas por outro lado, a componente da investigação marcou um rumo que teve implicações positivas no processo de aprendizagem, no plano das intervenções e na aquisição de competências.

Na prática de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, o enfermeiro constitui ele próprio um instrumento terapêutico. Neste sentido, o desenvolvimento pessoal, o aprofundamento do autoconhecimento e a autoanálise foram e serão sempre elementos fundamentais do meu percurso e traduziram-se na prática como um meio essencial para tomadas de decisão centradas no cliente, de modo a planear e implementar os cuidados de enfermagem de forma criteriosa e fundamentada.

Grande parte das intervenções não mobilizaram o manuseamento de tecnologias nem a utilização de mais fármacos, mas pelo contrário, centraram-se na mobilização das técnicas relacionais, na comunicação, na escuta reflexiva e na promoção da interação e dinâmicas de grupo.

Para finalizar, gostaria de reforçar a importância do enfermeiro em ser capaz de se posicionar como parceiro neste processo de mudança difícil, marcado por sucessivos avanços e recuos. A minha intervenção não passa por ensinar ao outro como fazer, mas antes ajudá-lo a aumentar o autocontrolo sobre si próprio e as adversidades atuais, assim como perante as oportunidades presentes e futuras, contribuindo para a concretização do seu projeto de vida.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adès, J., & Lejoyeux, M. (1997). Comportamentos alcoólicos e seu tratamento. In (1 ed.). Coimbra: Climepsi Editores.
- Aharonovich, E., Hatzenbuehler, M. L., Johnston, B., O'Leary, A., Morgenstern, J., Wainberg, M. L., . . . Hasin, D. S. (2006). A low-cost, sustainable intervention for drinking reduction in the HIV primary care setting. *AIDS Care*, 18(6), 561-568.
- Alfaro-LeFevre, R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment - a practical approach*. In (5 ed.). United States: Elsevier.
- Allen, J., Anton, R. F., Babor, T. F., Carbonari, J., Carroll, K. M., Connors, G. J., . . . Zweben, A. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(6), 1300-1311.
- Allen, J., Mattson, M. E., Miller, W.R., Tonigan, J. S., Connors, G. J., . . . Sturgis, E. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. In: *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 58, iss.1, Pp.7-29.
- Almeida, S. C., & Araújo, R. B. (2005). Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. In. *Boletim da Saúde*, Vol. 19, Iss. 2, Pp. 135-142.
- Anker, J. J., Kushner, M. G., Thuras, P., Menk, J., & Unruh, A. S. (2016). Drinking to cope with negative emotions moderates alcohol use disorder treatment response in patients with co-occurring anxiety disorder. *Drug & Alcohol Dependence*, 159, 93-100. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.11.031
- APA. (2014). *MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS. DSM-5™*. In (5 ed.). Lisboa: CLIMEPSI.
- Araujo, R. B., Oliveira, M. d. S., Pedroso, R. S., Miguel, A. C., & Castro, M. d. G. T. d. (2008). Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento / Craving and chemical dependence: concept, evaluation and treatment. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*(1), 57. doi:10.1590/S0047-20852008000100011
- Araújo, R. B., Oliveira, M. d. S., Nunes, M. L. T., Piccoloto, L. B., & Melo, W. V. (2004). A avaliação do craving em alcoolistas na síndrome de abstinência / The craving evaluation in alcoholics in abstinence syndrome. *PsicoUSF*(1), 71.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care*. In (2 ed.). Switzerland: World Health Organization.

- Balsa, C., Vital, C., & Pascueiro, L. (2011). O Consumo de Bebidas Alcoolicas em Portugal: Prevalências e Consumos, 2001-2007. In. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
- Banning, M. (2007). A review of clinical decision making: models and current research. In: Journal Of Clinical Nursing, 17(2), Pp.187-195. doi:10.1111/j.1365-27.
- Bazargan-Hejazi, S., Bing, E., Bazargan, M., Der-Martirosian, C., Hardin, E., Bernstein, J., & Bernstein, E. (2005). Original Research: Evaluation of a Brief Intervention in an Inner-City Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 46, 67-76. doi:10.1016/j.annemergmed.2004.10.014
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e Prática*. In. Porto Alegre: Artmed.
- Becoña, E., & Martín, E. (2004). *Manual de intervención en drogodependencias*. Madrid: Síntesis.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. In. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução á teoria e aos métodos*. In. Porto: Porto Editora.
- Bond, F. W., & Dryden, W. (2004). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. In. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Breda, J., Almeida, A., & Pinto, A. (1998). Avaliação do Grau de Severidade da Dependência Alcoólica: validação em língua portuguesa do SADQ-C (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire) e do ICQ (Impaired Control Questionnaire). In: *Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra*.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C., & Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 230-239. doi:10.1016/j.jpsychires.2007.01.002
- Buckner, J. D., & Terlecki, M. A. (2016). Social anxiety and alcohol-related impairment: The mediational impact of solitary drinking. *Addictive Behaviors*, 58, 7-11. doi:10.1016/j.addbeh.2016.02.006
- Buffett-Jerrott, S. E., & Stewart, S. H. (2002). Cognitive and sedative effects of benzodiazepine use. *Current Pharmaceutical Design*, 8(1), 45-58.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The Efficacy of Motivational Interviewing: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, Vol 71, nº 5 Pp 843-861, 71(5), 843-861.
- Casarin, S. N. A., Villa, T. C. S., Cardozo Gonzáles, R. I., Freitas, M. C. d., Caliri, M. H. L., & Sasaki, C. M. (2002). Case management: evolution of the concept in the 80's and 90's.

- Castro, M. F., Cleto, C. R., & Silva, N. T. (2011). Segurança e saúde no trabalho e a prevenção do consumo de substâncias psicoativas: linhas orientadoras para intervenção em meio laboral. In. Lisboa: I.D.T.ACT
- Chalifour, J. (2009). A Intervenção Terapêutica - Estratégias de intervenção. In (Vol. 2). Lisboa: Lusodidacta.
- Chen, W., Chu, H., Lu, R., Chou, Y., Chen, C., Chang, Y., . . . Chou, K. (2009). Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2187-2196 2110p. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02773.x
- Ciraulo, D. A., Barlow, D. H., Gulliver, S. B., Farchione, T., Morissette, S. B., Kamholz, B. W., . . . Knapp, C. M. (2013). The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders. *Behaviour Research & Therapy*, 51(11), 729-735. doi:10.1016/j.brat.2013.08.003
- Collins, S. E., Malone, D. K., & Larimer, M. E. (2012). Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. In: *Addictive Behaviors*, vol. 37, Pp.931–939.
- Connors, G. J., Donovan, D. M., & DiClemente, C. C. (2001). Substance Abuse Treatment and the Stages of Change - selecting and planning interventions. In. New York: The Guilford Press.
- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 243-264. doi:10.1016/j.janxdis.2006.08.001
- Davidson, R. (1986). Assessment of the alcohol dependence syndrome: A review of self-report screening questionnaires. In: *British Journal of Addiction*, vol. 26, Pp. 243-255.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2008). *the Relaxation & Stress Reduction Workbook*. In (5 ed.): New Harbinger Publications.
- Deliberato, P. C. P. (2002). *Fisioterapia preventiva. Fundamentos e aplicações*. In. São Paulo: Manole.
- Demmel, R., Beck, B., Richter, D., & Reker, T. (2004). Readiness to change in a clinical sample of problem drinkers: Relation to alcohol use, self-efficacy, and treatment outcome. In: *European Addiction Research*, vol. 10, Pp. 133–138.
- DGS. (2005). Carta dos direitos do doente internado. In: Ministério da Saúde. Acedido a 10/02/17. Disponível em: <http://nocs.pt/carta-dos-direitos-do-doente-internado/>.
- DGS. (2012a). *Deteção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Alcool*. In: *Direção-Geral da Saúde: Norma nº 30/2012*.
- DGS. (2012b). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* In: *Direção-Geral da saúde*.

- DGS. (2013). Avaliação Antropométrica no Adulto In: Direção-Geral da Saúde: Orientação nº 017/2013.
- DRUID. (2012). Final Report: Work performed, main results and recommendations. In M. S. Horst Schulze, Raschid Urmeew, Kerstin Auerbach, (all - Federal & B. Highway Research Institute, Germany) (Eds.): Project co-funded by the European Commission within the Sixth Framework Programme (2002-2006).
- Edwards, G., Marshall, E., & Cook, C. (2003). The treatment of drinking problems: A guide for helping professions. In (4 ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Eurobarometer. (2010). EU Citizens' Attitudes Towards Alcohol. In: Special Eurobarometer 331, Wave 72.3 – TNS Opinion & Social, European Commission, Brussels. .
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004). Aconselhamento: Usos, abusos e dependências. In (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, A., Souza, L., Dell'Áglio, J. C., & Argimon, I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. In: Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 11(1), Pp.15-24.
- Fortin, M.-F. (1999). O Processo de Investigação: da concepção à realização. In. Loures: Lusociência - edições Técnicas e Científicas, Lda.
- França, M. G., & Siqueira, M. M. (2011). O papel da enfermagem e a formação de multiplicadores ante o processo de prevenção à recaída In: São Paulo: SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas, vol. 7, núm. 2, Pp 78-84.
- George, J. B. (2000). Teorias de Enfermagem - Os Fundamentos à Prática Profissional. In (4 ed.). Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Gigliotti, A., & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos / Alcohol Dependence Syndrome: diagnostic criteria. Revista Brasileira de Psiquiatria, 11. doi:10.1590/S1516-44462004000500004
- Gonçalves, M. M., Simões, M. R., Almeida, L. S., & Machado, C. (2006). Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa. In (2 ed., Vol. 1). Coimbra: Quarteto.
- Gorski, T. T., Kelley, J. M., & Havens, L. (1993). An overview of addiction relapse and relapse prevention. In: Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender (An executive briefing). In: Center for Substance Abuse Treatment, Technical Assistance Publication, Series 8.
- Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL, 39(3), 189-202.

- Graziani, P. (2005). *Ansiedade e perturbações da ansiedade*. In (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Grønbaek, M., & Nielsen, B. (2007). A randomized controlled trial of Minnesota day clinic treatment of alcoholics. *Addiction*, 102(3), 381-388.
- Guerra, M. P., Lima, L., & Torres, S. (2014). *INTERVIR EM GRUPOS NA SAÚDE*. In (2 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Haugland, B. (2005). Recurrent disruptions of rituals and routines in families with paternal alcohol abuse. In: *Family Relations*, 54(2), Pp.225-241. Blackwell Publishing.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention & Policy*, 6, 17-33. doi:10.1186/1747-597X-6-17
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na perspectiva do cuidar*. In. Loures: Lusociência.
- Jacobson, E. (1976). *Relax - Como vencer as tensões*. In. São Paulo: editora Cultrix Ltda.
- Janeiro, L., Faísca, L., & Miguel, M. (2007). *Manual da SOCRATES 8D: Guia de aplicação e interpretação; contributo para a adaptação à população portuguesa*. In: Manuscrito não publicado, Universidade do Algarve e Universidade de Sevilha.
- Johnson, P. (2001). Dimensions of functioning in alcoholic and nonalcoholic families. In: *Journal of Mental Health Counseling*, 23(2), Pp.127-136.
- Jungerman, F., & Laranjeira, R. (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol 40, iss 5, Pp 197-207.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria - ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. In (7 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Khatntzian, E. J. (2003). The Self-Medication Hypothesis Revisited: The Dually Diagnosed. In: *Primary Psychiatry*. Consultado em 26-03-2017 em <http://primarypsychiatry.com/the-self-medication-hypothesis-revisited-the-dually-diagnosed-patient/>.
- Kobayashi, S., & Koitabashi, K. (2016). Effects of progressive muscle relaxation on cerebral activity: An fMRI investigation. *Complementary Therapies in Medicine*, 26, 33-39. doi:10.1016/j.ctim.2016.02.010
- Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders. A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 149-171. doi:10.1016/S0272-7358(99)00027-6

- Kushner, M. G., Krueger, R. F., Wall, M. M., Maurer, E. W., Menk, J. S., & Menary, K. R. (2013). Modeling and treating internalizing psychopathology in a clinical trial: a latent variable structural equation modeling approach. *Psychological Medicine*, 43(8), 1611-1623. doi:10.1017/S0033291712002772
- Kushner, M. G., Maurer, E. W., Thuras, P., Donahue, C., Frye, B., Menary, K. R., . . . Van Demark, J. (2013). Hybrid Cognitive Behavioral Therapy versus Relaxation Training for Co-Occurring Anxiety and Alcohol Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 429-442.
- LaBrie, J. W., Pedersen, E. R., Earleywine, M., & Olsen, H. (2006). Reducing heavy drinking in college males with the decisional balance: Analyzing an element of Motivational Interviewing. *Addictive Behaviors*, 31, 254-263. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.001
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse Prevention. An Overview of Marlatt's Cognitive-Behavioral Model. In: *Alcohol Research & Health*, Vol 23, nº 2 Pp 151-160.
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. In. Lisboa: Lusodidacta.
- Lee, E. J., Bhattacharya, J., Sohn, C., & Verres, R. (2012). Monochord sounds and progressive muscle relaxation reduce anxiety and improve relaxation during chemotherapy: A pilot EEG study. *Complementary Therapies in Medicine*, 20(6), 409-416 408p. doi:10.1016/j.ctim.2012.07.002
- Leloup, J.-Y. (2009). O corpo e seus símbolos. In. Petrópolis: Editora Vozes.
- Lipp, M. (2004). Stress no Brasil: pesquisas avançadas. In. Campinas: Papirus.
- Lopes, A., & Nunes, L. (1995). Acerca da trilogia de competências profissionais - qualidade dos cuidados – ética. In: [Consult. 10 Abr. 2017]. Disponível: http://conversamos.files.wordpress.com/2007/11/trilogia_1995.pdf.
- Lopes, M. J. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. In. Coimbra: Formasau.
- Lowe, B., Breining, K., Wilke, S., Wellmann, R., Zipfel, S., & Eich, W. (2002). Quantitative and qualitative effects of Feldenkrais, progressive muscle relaxation, and standard medical treatment in patients after acute myocardial infarction. *PSYCHOTHERAPY RESEARCH*, 12(2), 179-191.
- Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232-1245. doi:10.1002/jclp.20638
- Lustri, D., Miura, I. K., & Takahachi, S. (2005). Gestão do conhecimento desenvolvendo competências. In: *Revista inteligência empresarial.*, nº 25, Pp 20-27.

- Mambriani, S. (1993). La comunicación en las relaciones de ayuda. In. Madrid: San Pablo.
- Manes, S. (2011). 83 Jogos Psicológicos para a dinâmica de grupos. In (10 ed.). Lisboa: PAULUS Editora.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8, 1-12. doi:10.1186/1471-244X-8-41
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2016). Prevenção da Recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos de dependência. In (2 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Mello, M. L. M. d., Barrias, J., & Breda, J. (2001). Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. In. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2001). Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos. In. Porto Alegre: Artmed.
- Miller, W., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). In: *Psychology of Addictive Behaviors*, vol 10, Pp.81-89.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos (A. Caleffi & C. dornelles, Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). Nursing Outcomes Classification (NOC) - Measurement of Health Outcomes. In (5 ed.). St. Louis: ELSEVIER.
- Moyer, A., Finney, J. W., & Swearingen, C. E. (2002). Methodological characteristics and quality of alcohol treatment outcome studies, 1970–98: an expanded evaluation. *Addiction*, 97(3), 253-263. doi:10.1046/j.1360-0443.2002.00017.x
- Neeb, K. (2000). Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. In (1ª ed.). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- NIAAA. (1995). Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. In W. Miller, A. Zwebnw, C. DiClemente, & R. Rychtarik (Eds.), (Vol. 2): U.S. Department of health and human services.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em Enfermagem. In. Comunicação no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros [Disponível da Ordem dos Enfermeiros].
- Nunes, L. (2011). Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes. In. Loures: Lusociência.

- Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. In. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS-IPS.
- OCDE. (2015). Tackling Harmful Alcohol Use: Economics and Public Health Policy. In: OECD Publishing.
- OE. (2001a). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. In C. d. Enfermagem (Ed.). Lisboa: Divulgar.
- OE. (2001b). Parecer CJ/20 - 2001. In. Lisboa: Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. In: Edição da Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2010a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro especialista. In C. Directivo (Ed.).
- OE. (2010b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. In A. d. C. d. E. d. E. d. S. M. e. Psiquiátrica (Ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2012). REPE e ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS. In. Lisboa: Tadinense - Artes gráficas.
- OPSS. (2015). Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco? Relatório de Primavera 2015. In. Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde.
- Pan, L., Zhang, J., & Li, L. (2012). Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life of inpatients with ectopic pregnancy receiving methotrexate treatment. *Research in Nursing & Health*, 35(4), 376-382 377p. doi:10.1002/nur.21486
- Passeggi, M. (2011). A experiência em formação. In: Porto Alegre: Educação, vol 34, iss 2, Pp.147-156.
- Pawlow, L. A., & Jones, G. E. (2002). The impact of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol. *Biological Psychology*, 60, 1-16. doi:10.1016/S0301-0511(02)00010-8
- Pawlow, L. A., O'Neil, P. M., & Malcolm, R. J. (2003). Night eating syndrome: effects of brief relaxation training on stress, mood, hunger, and eating patterns. *International journal of obesity*(8).

- Payne, R. A. (2003). *Técnicas de Relaxamento - Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. In (2 ed.). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Pedinielli, L., J., & Bernoussi, A. (2006). Os estados depressivos Os estados depressivos. In. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peplau, H. E. (1990). Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica. In. Barcelona: Salvat.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. In. Loures: Lusociência.
- Pifarré, P., Simó, M., Gispert, J. D., Plaza, P., Fernández, A., & Pujol, J. (2015). Original article: Diazepam and Jacobson's progressive relaxation show similar attenuating short-term effects on stress-related brain glucose consumption. *European Psychiatry*, 30, 187-192. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.03.002
- Pillon, S., & Luis, M. (2004). Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol 12, Iss 4, Pp 676-682 (2004)(4), 676. doi:10.1590/S0104-11692004000400014
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. In (5 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). If at first you don't succeed. False hopes of self-change. *The American Psychologist*, 57(9), 677-689.
- Ponte, J. P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. In (Vol. 25, pp. 105-132): *Bolema*.
- Rahioui, H., & Reynaud, M. (2008). *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções*. In (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. (2006). Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems. In. England: NHS - National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Ramo, D. E., & Brown, S. A. (2008). Classes of substance abuse relapse situations: A comparison of adolescents and adults. *Psychol Addict Behav*, 22(3), 372-379. doi:10.1037/0893-164x.22.3.372
- Rasid, Z. M., & Parish, T. S. (1998). The effects of two types of relaxation training on students' levels of anxiety. *Adolescence*, 33(129), 99.
- Ribeiro, C. (2011). A Medicina Geral e Familiar e a abordagem do consumo de álcool. Detecção e intervenções breves no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários. In: *Acta Médica Portuguesa*, Vol. 24, Iss. 2, Pp. 355-368.
- Rubak, S., Sandbæk, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. In: Review article: *British Journal of General Practice*, April.

- Rumpf, H. J., Hapke, U., Meyer, C., & John, U. (1999). Motivation to change drinking behavior: Comparison of alcohol-dependent individuals in a general hospital and a general population sample. In: *General Hospital Psychiatry*. vol. 21, Pp. 348–353.
- Saitz, R., Palfai, T. P., Cheng, D. M., Horton, N. J., Freedner, N., Dukes, K., . . . Samet, J. H. (2007). Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use: a randomized, controlled trial. *Annals Of Internal Medicine*, 146(3), 167-176.
- Scheufele, P. M. (2000). Effects of Progressive Relaxation and Classical Music on Measurements of Attention, Relaxation, and Stress Responses In: *Journal of Behavioral Medicine*, vol 23, iss 2.
- Schön, D. (2000). Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. In: Porto Alegre: ARTMED.
- Sequeira, A., & Lopes, J. (2009). Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência. In: *Revista Toxicodependências*, Vol 15, iss 1, Pp 67-76.
- Serra, A.V. (2011). O stress na vida de todos os dias. In: Coimbra: Edição do autor.
- Sher, K. J., & Levenson, R. W. (1982). Risk for alcoholism and individual differences in the stress-response-dampening effect of alcohol. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(5), 350-367. doi:10.1037/0021-843X.91.5.350
- SICAD. (2014). Relatório Anual 2013 - A Situação do País em Matéria de Álcool. In: Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências.
- SICAD. (2016). Relatório Anual 2015 - A Situação do País em Matéria de Álcool. In: Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Silva, D. R., & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do inventário de Estado-Traço de Ansiedade - Forma Y (STAI-Y), de Spielberger. para a população portuguesa. In: *Revista Portuguesa de Psicologia*, nº 33, Pp.71-89.
- Simoneau, H., & Bergeron, J. (2003). Factors affecting motivation during the first six weeks of treatment. In: *Addictive Behaviors*, vol. 28, Pp.1219 – 1241.
- Small, J., Ounpraseuth, S., Curran, G., & Booth, B. (2012). Motivation to Change as a Mediator for the Longitudinal Relationships of Gender and Alcohol Severity With One-Year Drinking Outcome. In: *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 73, iss 3, Pp.504-513.
- Smedslund, G. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(11).
- Sousa, F. C., & Abrão, A. M. (2008). Projeto Académico de Serviço à Comunidade. Criminalidade e Toxicodependência no Algarve: Um estudo exploratório. In: *Gaim Investigação e Marketing*.

- Spielberger, C. (1981). *Tensão e Ansiedade*. In. Brasil: Editora Harper & Row do Brasil Ltda.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). Test manual for the State-Trait Anxiety Inventory. In. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Stockwell, T., Murphy, D., & Hodgson, R. (1983). The Severity of Alcohol Dependence Questionnaire: its use, reliability and validity. In: *British Journal of Addiction*, vol 78, Pp.145-156.
- Stockwell, T., Sitharthan, T., McGrath, D., & Lang, E. (1994). The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. In: *Addiction*, vol 89, Pp.167–174.
- Stratton, V. N., & Zalanowski, A. H. (1984). The relationship between music, degree of liking, and self-reported relaxation. In: *Journal Music Therapy*, vol 21, iss 4, Pp 184–192.
- Stuart, G., & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. In (6 ed.). Porto Alegre: ARTMED Editora.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 843-860 818p. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x
- Tang, Y., Zhou, J., Xie, L.-Q., Deng, Y.-L., Zhang, J.-P., & Richmond, C. J. (2016). Effects of Progressive Muscle Relaxation Intervention in Extremity Fracture Surgery Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 38(2), 155.
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211 208p.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. In (5 ed.). Loures: Lusociência.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. In (Vol. 41, pp. 328-335): *Alcohol & Alcoholism* Vol. 41, No. 3, pp. 328–335.
- WHO. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoactivas. Resumo*. In. Suíça: Organização Mundial da Saúde.
- WHO. (2014). *Global status report on alcohol and health – 2014* In. Luxembourg: World Health Organization
- Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Importance of relaxation techniques in cognitive therapy for anxiety.*, 8(1), 79-86. doi:10.4013/ctc.2015.81.08

- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38, 1563-1571. doi:10.1016/j.addbeh.2012.04.001
- Yildirim, Y. K., & Fadiloglu, C. (2006). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety levels and quality of life in dialysis patients. *EDTNA/ERCA Journal of Renal Care*, 32(2), 86-88 83p.
- Youngstedt, S. D., & Kripke, D. F. (2007). Does bright light have an anxiolytic effect? - an open trial. *BMC Psychiatry*, 7, 62-66. doi:10.1186/1471-244X-7-62
- Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D., & Xin, X. (2015). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 19(1), 54-59.

ANEXOS

Anexo I

Questionário de Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger (Forma Y-1)

Questionário de Auto-Avaliação (STAI Forma Y-1)

(Forma adaptada por Silva & Campos)

Instruções

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

	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado	1	2	3	4
5. Sinto-me á vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4
10. Estou descansado	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou inquieto	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

© Copyright 1970 by Spielberger, Gorsuch & Lushene. All rights reserved.

Anexo II

Questionário da Severidade da dependência Alcoólica (SADQ-C)

Questionário da Severidade da Dependência Alcoólica (SADQ-C)

(Versão adaptada por Breda, Almeida e Pinto)

Instruções

Por favor, responda às questões que se seguem sobre o seu consumo de álcool assinalando a opção que escolher com um **X**. Recorde nos últimos 3 meses que tenha bebido excessivamente e que seja semelhante aos períodos em que bebe demais, referindo qual o mês e o ano.

Mês: _____ Ano: _____

	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. No dia a seguir ao consumo de álcool, acordo com suores	0	1	2	3
2. No dia a seguir ao consumo de álcool, as munhas mãos tremem logo de manhã	0	1	2	3
3. No dia a seguir ao consumo de álcool, o meu corpo treme violentamente se não tomar uma bebida logo que acordo	0	1	2	3
4. No dia a seguir ao consumo de álcool, acordo encharcado em suor	0	1	2	3
5. No dia a seguir ao consumo de álcool, receio acordar logo de manhã	0	1	2	3
6. No dia a seguir ao consumo de álcool, tenho medo de encontrar as pessoas de manhã	0	1	2	3
7. No dia a seguir ao consumo de álcool, sinto-me à beira do desespero logo que acordo	0	1	2	3
8. No dia a seguir ao consumo de álcool, sinto-me muito amedrontado quando acordo	0	1	2	3
9. No dia a seguir ao consumo de álcool, gosto de tomar uma bebida logo de manhã	0	1	2	3
10. No dia a seguir ao consumo de álcool, tomo de uma golada, as minhas primeiras bebidas matinais o mais rapidamente possível	0	1	2	3
11. No dia a seguir ao consumo de álcool, bebo logo de manhã para não ter tremuras	0	1	2	3
12. No dia a seguir ao consumo de álcool, tenho um desejo muito forte de beber ao acordar	0	1	2	3
13. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de ¼ de uma garrafa de bebida espirituosa, ou 1 litro de vinho, ou 2 litros de cerveja	0	1	2	3
14. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de ½ garrafa de bebida espirituosa, ou 2 litros de vinho, ou 4 litros de cerveja	0	1	2	3
15. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 1 garrafa de bebida espirituosa, ou 4 litro de vinho, ou 8 litros de cerveja	0	1	2	3
16. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 2 garrafas de bebida espirituosa, ou 8 litros de vinho, ou 16 litros de cerveja	0	1	2	3

VSFF

Imagine a seguinte situação: bebeu pouco durante algumas semanas, depois bebeu imenso durante dois dias. Como se sentiria no dia a seguir a esses dois dias de grande consumo de álcool?

	Não	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
17. Começava a suar	0	1	2	3
18. As minhas mãos tremiam	0	1	2	3
19.O meu corpo tremia	0	1	2	3
20.Tinha um desejo enorme de beber	0	1	2	3

©Copyright 1983 by Stockwell, Murphy & Hodgson. All rights reserved.

Anexo III
SOCRATES 8-D

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

(Versão adaptada por Janeiro, Faisca e Miguel)

Instruções

Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de álcool*. Para cada afirmação assinale com um **X** indicando o quão concorda ou discorda com cada uma delas neste momento. Por favor, coloque um **X** em apenas um dos números relativamente a cada afirmação.

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

©Copyright 1996 by Miller & Tonigan. All rights reserved.

Tabela 1. Cotação para cálculo das três subescalas

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

Tabela 2. Percentis para os 3 fatores

		Percentis (%)	Reconhecimento do problema	Ação	Ambivalência
	Muito baixo	10			
-		20			
	Baixo	30			
		40			
	Médio	50			
		60			
	Alto	70			
+		80			
	Muito alto	90			

Anexo IV

Resultados/Classificação NOC

Resultados/Classificação NOC

Controlo de Riscos: Uso de Álcool							1903
Definição: ações para eliminar ou reduzir o uso de álcool que constitui uma ameaça à saúde							
Resultado classificação geral		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Às vezes demonstrado	Muitas vezes demonstrado	Consistentemente demonstrado	
Indicadores:		1	2	3	4	5	NA
190318	Procura informação atual acerca do uso de álcool						
190319	Identifica fatores de risco para o uso inadequado de álcool						
190301	Admite riscos pessoais pelo uso inadequado de álcool						
190302	Admite consequências associadas ao uso inadequado de álcool						
190320	Reconhece capacidade de mudar o comportamento						
190303	Monitoriza o ambiente quanto a fatores que encorajam o uso inadequado de álcool						
190304	Monitoriza padrões pessoais de uso de álcool						
190305	Desenvolve estratégias eficazes para o controlo do uso de álcool						
190306	Ajusta estratégias de controlo de uso de álcool						
190307	Compromete-se com as estratégias de controlo de uso de álcool						
190308	Segue estratégias selecionadas de controlo de uso de álcool						
190309	Participa em exames para detetar problemas de saúde						
190310	Usa os serviços de saúde coerentes com as necessidades						
190311	Usa sistemas de apoio pessoal para controlo do uso inadequado de álcool						
190312	Usa grupos de apoio para controlo do uso inadequado de álcool						
190313	Usa recursos da comunidade para controlo do uso inadequado de álcool						
190314	Reconhece as alterações no estado geral de saúde						
190315	Monitoriza alterações no estado geral de saúde						
190316	Controla a ingestão de álcool						
Domínio: conhecimento de saúde e comportamento (IV)							
Classe: controlo de riscos e segurança (T)							

APÊNDICES

Apêndice I
Scoping Review

7º Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular Opção II

Scoping Review

Célia Maria Matias Esteves nº6676

Lisboa

2016

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria
Unidade Curricular Opção II

**O uso do relaxamento muscular progressivo na
gestão da ansiedade em clientes com perturbação
por uso de álcool: a *scoping review***

Autor: Célia Maria Matias Esteves nº6676

Docente Orientador: Professor Domingos Malato

Lisboa, Junho de 2016

O uso do relaxamento muscular progressivo na gestão da ansiedade em clientes com perturbação por uso de álcool: a *scoping review*

Célia Maria Matias Esteves¹

¹ 7º Mestrado em Enfermagem SMP da ESEL, nº 6676

Resumo

A ansiedade é uma reação normal ao *stress* e representa habitualmente uma emoção humana. Mas quando se torna excessiva ou não controlável pode ser incapacitante. A reação oposta ao *stress* é o relaxamento, e esta é uma das técnicas mais comumente utilizadas no tratamento da ansiedade.

Os sintomas de ansiedade e a perturbação por uso de álcool (AUD – *Alcohol Use Disorder*) geralmente coexistem e surgem muitas vezes durante o período de abstinência (*craving*), podendo levar ao consumo da bebida.

O relaxamento muscular progressivo é usado para reduzir a ansiedade tendo por base a contração e descontração de grupos musculares específicos. É de fácil aprendizagem, não precisa de equipamento específico para o seu treino, pode ser utilizada para diversas patologias e revela uma boa relação custo-eficácia.

Quando comparado com um programa cognitivo-comportamental, ele revela também algum grau de eficácia na redução nos níveis de ansiedade em clientes com AUD.

Palavras-chave: relaxamento muscular progressivo; ansiedade; perturbação por uso de álcool (AUD)

Background

O consumo de álcool na sociedade atualmente é encarado predominantemente de forma positiva, o que dificulta a identificação de determinados padrões de consumo como doença. Ao mesmo tempo ainda prevalece a dificuldade na mobilização dos profissionais de saúde para esta problemática.

A definição de alcoolismo esteve desde sempre associada ao *status* social, encarada como uma espécie de apoio às relações e interações sociais.

No século XVIII, Thomas Trotter pela primeira vez, referiu-se ao alcoolismo como doença (Gigliotti & Bessa, 2004). Outro autor, o sueco Magnus Huss em 1849, introduziu o conceito de “alcoolismo crônico”, estado de intoxicação pelo álcool que se apresentava com sintomas físicos, psiquiátricos ou mistos (Gigliotti & Bessa, 2004).

Os comportamentos alcoólicos representam um grupo heterogêneo de comportamentos, cuja evolução é variável e sujeita à aleatória predisposição biológica (vulnerabilidade ao álcool), mas também aos fatores sociais, familiares e aos acontecimentos da vida positivos e negativos que a influenciam fortemente (Adès & Lejoyeux, 1997).

Em 1982 a Organização Mundial de Saúde define Problemas Ligados ao Álcool (PLA) como um termo para designar as consequências nocivas do consumo de álcool (Mello, Barrias, & Breda, 2001).

Segundo Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro (2001, p.5) “a síndrome de dependência do álcool consiste num conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se podem desenvolver após o uso repetido de álcool”.

Hoje em dia o álcool está incluído nas Perturbações Relacionadas a Substâncias no DSM-5™, que tem como definição “a característica essencial de uma perturbação por uso de substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o individuo continua a usar a substancia apesar da existência de problemas significativos relacionados com a substância” (APA, 2014, p.579).

Mais especificamente a Perturbação por uso de álcool (AUD – Alcohol Use Disorder) é definido com “um padrão problemático de uso de álcool que conduz a mal-estar ou défices clinicamente significativos, manifestado por pelo menos 2 dos seguintes (11 critérios), ocorrendo num período de 12 meses” (APA, 2014, p.589).

Os distúrbios de ansiedade, sintomas de ansiedade e os AUD geralmente coexistem. As interações entre os AUD e a ansiedade são multifacetadas e variáveis. Os sintomas de ansiedade surgem muitas vezes durante o período de abstinência, por sua vez os transtornos de ansiedade são um fator de risco para o desenvolvimento dos AUD e podem modificar a apresentação e a evolução da doença. Da mesma forma, os AUD podem contribuir para o aparecimento da ansiedade.

Inconsistentemente ligada à frequência com que se bebe, a ansiedade social mais do que quadruplica o risco de desenvolver um transtorno de uso de álcool (Buckner & Terlecki, 2016).

Do ponto de vista cognitivo a ansiedade está presente quando a pessoa percebe um perigo ou ameaça. É desagradável, negativa, dirigida ao futuro, por vezes exagerada relativamente à ameaça e implica sintomas corporais tais como tensão muscular (Graziani, 2005).

Gradualmente, um determinado número de reações vai-se desenvolvendo nas interações do indivíduo com o seu meio ambiente. Quanto mais estas reações se estruturam mais ficam embutidas e posteriormente podem ser aplicáveis a estímulos muito específicos. Se uma destas reações se formar em condições stressantes (craving) pode provocar reações excessivas ou inapropriadas.

Os indivíduos para lidarem com a ansiedade tentam arranjar estratégias com o objetivo de dominar, controlar ou modificar aquilo que provoca *stress*, ansiedade. Consoante o estressore, o contexto e a personalidade do indivíduo adequam-se as modalidades quer comportamentais ou cognitivas, de forma a responder aos estressores.

O relaxamento muscular progressivo (RMP) é uma terapia comportamental usada para reduzir a ansiedade e o *stress* tendo por base a contração (tensão) e descontração (distensão) de grupos musculares específicos (Conrad & Roth, 2007). Foi desenvolvida por Edmund Jacobson em 1938 e em 1973 Bernstein e Borkovec apresentaram uma versão modificada (Payne, 2003).

O RMP equivale a aprender a contrair e descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando sempre atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento com o objetivo de identificar as sensações associadas a estes dois estados. Deste modo permite reconhecer-se estados de tensão e de aumento de ansiedade (Payne, 2003).

Uma revisão sistemática com meta-análise (Manzoni, Pagnini, Castelnuovo, & Molinari, 2008) obteve resultados consistentes e significantes da eficácia do treino de relaxamento na redução da ansiedade. Segundo esta revisão as técnicas de relaxamento representam uma das muitas abordagens na gestão da ansiedade a nível mundial, tanto como tratamento individual ou como fazendo parte de um programa de terapia. No entanto o relaxamento muscular progressivo produziu efeitos mais elevados em relação às outras técnicas.

Vários estudos confirmam a eficácia do relaxamento muscular progressivo na redução da ansiedade nas mais variadas patologias (Chen et al., 2009; Lowe et al., 2002; Pan, Zhang, & Li, 2012; Laura A. Pawlow & Jones, 2002; L. A. Pawlow, O'Neil, & Malcolm, 2003; Rasid & Parish, 1998; Tang et al., 2016; Yildirim & Fadiloglu, 2006).

Metodologia

Trata-se de revisão sistemática com base na *scoping review*. Na presente revisão, utilizou-se a estratégia PCC para formulação da pergunta, sendo “P” para população, “C” para *Conceito* e “C” para contexto. Neste estudo o contexto não é relevante.

Ajustando-se o objeto de estudo à estratégia PCC tem-se como questão norteadora: *Qual a relevância do Relaxamento Muscular Progressivo na gestão da ansiedade (C) nos clientes com Transtorno por uso de álcool (P)?*

A fim de garantir a abrangência própria da Scoping Review, a pesquisa usou as bases de dados CINAHL, MEDLINE, ACADEMIC SEARCH, ERIC, com os descritores indexados e em linguagem natural “*progressive muscle relaxation*” OR “*progressive muscle relaxation training*” OR “*autogenic training*” OR “*Jacobson’s progressive relaxation*” AND “*anxiety*” OR “*anxiety disorders*” AND “*alcoholism*” OR “*alcohol dependence syndrome*” OR “*alcohol use disorder*” (Apêndice I).

Objetivos da pesquisa

Esta narrativa focou-se em questões pertinentes especificamente relacionadas com o relaxamento muscular progressivo, gestão da ansiedade e clientes com transtorno por uso de álcool.

1. Qual o impacto do relaxamento muscular progressivo na gestão da ansiedade?
2. Que terapias/tratamentos incluem o relaxamento muscular progressivo?

Estratégia de pesquisa

Critérios de inclusão:

- a) Fontes em inglês
- b) Focado no relaxamento muscular progressivo, mas dentro da temática da ansiedade e dos transtornos por uso de álcool

Critérios de exclusão:

- a) Literatura cinzenta

A estratégia de pesquisa localizou um total de 13 referências.

Por motivos acadêmicos a pesquisa foi limitada a *Full Text* tendo-se removido 6 referências. Para analisar ficou um total de 7. Por estarem duplicadas, 3 referências foram removidas. O conjunto final de estudos é de 4 e todos correspondem aos critérios de inclusão (Apêndice II).

Resultados

Os estudos incluídos foram publicados ao longo de um período de 4 anos entre os anos de 2013 e 2016. Com base no país do autor, os estudos foram conduzidos por autores residentes nos Estados Unidos. Entre os participantes nestes estudos a média de idade é de 39 anos, embora num deles só especifiquem que os participantes têm idade superior a 18 anos (Ciraulo et al., 2013).

Em três dos estudos os participantes estão em regime de internamento (Anker, Kushner, Thuras, Menk, & Unruh, 2016; M. G. Kushner et al., 2013; Matt G. Kushner et al., 2013) somente em um estudo estão em regime de ambulatório (Ciraulo et al., 2013; Lee, Bhattacharya, Sohn, & Verres, 2012; Zhou et al., 2015).

O tamanho da amostra variou entre 218 e 344 participantes em regime de internamento e de 81 participantes em regime de ambulatório.

Dos estudos feitos em regime de internamento, 2 foram conduzidos em clinicas de desabitação química e 1 numa unidade de alcoologia. O estudo feito em regime de ambulatório foi realizado num contexto de um programa dirigido especificamente para a ansiedade.

Alguns dos estudos analisados apresentam em comum a comparação entre a terapia cognitivo-comportamental e o relaxamento muscular progressivo, no entanto um deles (Ciraulo et al., 2013) insere a variável farmacológica (venlafaxina) versus placebo nessa comparação.

Vários estudos comparam a terapia cognitivo-comportamental com o relaxamento muscular progressivo quer seja para avaliar o impacto no *craving* (Anker et al., 2016), para caracterizar alterações psicopatológicas (M. G. Kushner et al., 2013), para comparar a eficácia e segurança de um fármaco (Ciraulo et al., 2013) ou para testar um programa cognitivo-comportamental (Matt G. Kushner et al., 2013) (Apêndice III)

Os desenhos de investigação dos estudos incluídos são todos quantitativos incluindo 2 ensaios randomizados controlados (RCT), 1 ensaio clínico e 1 correlacional.

Não havia um único estudo qualitativo, utilizando métodos qualitativos interpretativos.

A Tabela 1 apresenta o conjunto completo dos desenhos de estudo.

Tabela 1: Tipos dos diferentes desenhos de estudo identificados (n=9)

	Nº de estudos
RCT	2
Ensaio clínico	1
Correlacional	1

Seguindo os objetivos e questão de investigação propostos para esta revisão, a análise é apresentada como:

- 1) impacto do relaxamento na ansiedade (n = 3 estudos)
- 2) outros estudos que incluem o relaxamento (n = 1 estudos)

Discussão

Esta *scoping review* incluiu 4 estudos publicados ao longo de um período de 4 anos em foram investigados assuntos relacionados com terapia cognitivo-comportamental e relaxamento muscular progressivo em participantes com AUD e ansiedade como co-morbilidade.

A análise da evidência seguiu a pergunta de revisão e as questões relacionadas com o relaxamento muscular progressivo, gestão da ansiedade e clientes com perturbação de uso de álcool. Houve um tema comum que emergiu através dos desenhos de estudo dentro da categoria das questões, a terapia cognitivo-comportamental.

A terapia cognitivo-comportamental é reconhecida como um modelo de terapia para as adições e que pretende ajudar os clientes a reconhecerem as situações críticas no que diz respeito à necessidade em consumir e de como evitá-las. Este tipo de terapia tem “contribuído bastante para o avanço dos conhecimentos sobre as origens e o tratamento das adições” (Rahioui & Reynaud, 2008).

O estado atual da pesquisa reflete essa importância uma vez que em vários estudos a terapia cognitivo-comportamental é uma variável de comparação.

Limites da revisão

Esta *scoping review* é para apresentar o alcance da evidência atual para o uso do relaxamento muscular progressivo na gestão da ansiedade em clientes com perturbação de uso de álcool, não devendo ser generalizada para além disso.

Outra questão é que existem poucos estudos para estabelecer uma base consistente de conhecimento nesta área.

Finalmente, só se trabalhou nesta pesquisa, por questões académicas, com documentos publicados em *full text*. Os que foram excluídos por este constrangimento poderiam ter cumprido os critérios de inclusão e influenciado a conclusão.

Conclusão

O objetivo desta *scoping review* foi reunir informações sobre o relaxamento muscular progressivo na gestão da ansiedade em clientes com AUD.

Estava particularmente interessada no impacto dessa técnica na gestão da ansiedade e todos os 4 estudos relevaram um impacto positivo quer na sua redução como me forneceram novas perspetivas a nível do reforço de que esta técnica é uma poderosa intervenção não farmacológica.

Também é de salientar que embora em pequena escala o relaxamento muscular progressivo também apresenta uma influência positiva no *craving* e potencia a redução da quantidade de bebida ingerida.

No que diz respeito ao relaxamento muscular progressivo em todos os estudos foi usada a versão modificada de Bernstein & Borkovec, uma vez que esta versão é menos demorada, tem menos sessões e envolve um menor número de grupo de músculos (16) não sendo tão complicada como a original de Jacobson. Também num estudo foi referido que houve menos aderência à terapia cognitivo-

comportamental em relação ao relaxamento muscular progressivo ao longo do estudo, isto porque segundo os autores pode refletir uma maior exigência a nível da terapia cognitivo e comportamental quando comparada com o relaxamento muscular progressivo que pressupõe só o treino (Matt G. Kushner et al., 2013).

Em relação às terapias que incluem o relaxamento muscular progressivo a evidência não mostrou grande variedade, somente um estudo incluiu o relaxamento muscular progressivo como parte integrante de um programa de tratamento da ansiedade (Ciraulo et al., 2013).

Conflitos de interesse

Nenhum a declarar.

Implicações para a investigação

Pesquisas futuras devem ser realizadas para replicar esta evidência e deveriam envolver amostras maiores e comparações entre ansiolíticos e a diminuição da ansiedade através do relaxamento muscular progressivo, nos clientes com AUD. Também seria importante estudar a relação da musicoterapia com o relaxamento progressivo.

Mais pesquisas precisam ser realizadas para determinar intervenções e estratégias eficazes para este tipo de clientes com AUD.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adès, J., & Lejoyeux, M. (1997). Comportamentos alcoólicos e seu tratamento. Lisboa: Climepsi Editores.
- Anker, J. J., Kushner, M. G., Thuras, P., Menk, J., & Unruh, A. S. (2016). Drinking to cope with negative emotions moderates alcohol use disorder treatment response in patients with co-occurring anxiety disorder. *Drug & Alcohol Dependence*, 159, 93-100. doi:10.1016/j.drugalcdep.2015.11.031
- APA. (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (recurso electrónico): DSM-5® (5 ed.). Porto Alegre Artmed.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). The Alcohol Use Disorders Identification Test - Guidelines for Use in Primary Care (2 ed.). Switzerland: World Health Organization.
- Buckner, J. D., & Terlecki, M. A. (2016). Social anxiety and alcohol-related impairment: The mediational impact of solitary drinking. *Addictive Behaviors*, 58, 7-11. doi:10.1016/j.addbeh.2016.02.006
- Chen, W., Chu, H., Lu, R., Chou, Y., Chen, C., Chang, Y., . . . Chou, K. (2009). Efficacy of progressive muscle relaxation training in reducing anxiety in patients with acute schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 18(15), 2187-2196 2110p. doi:10.1111/j.1365-2702.2008.02773.x
- Ciraulo, D. A., Barlow, D. H., Gulliver, S. B., Farchione, T., Morissette, S. B., Kamholz, B. W., . . . Knapp, C. M. (2013). The effects of venlafaxine and cognitive behavioral therapy alone and combined in the treatment of co-morbid alcohol use-anxiety disorders. *Behaviour Research & Therapy*, 51(11), 729-735. doi:10.1016/j.brat.2013.08.003
- Conrad, A., & Roth, W. T. (2007). Muscle relaxation therapy for anxiety disorders: It works but how? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 243-264. doi:10.1016/j.janxdis.2006.08.001
- Gigliotti, A., & Bessa, M. A. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos / Alcohol Dependence Syndrome: diagnostic criteria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 11. doi:10.1590/S1516-44462004000500004
- Graziani, P. (2005). Ansiedade e perturbações da ansiedade (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Kushner, M. G., Krueger, R. F., Wall, M. M., Maurer, E. W., Menk, J. S., & Menary, K. R. (2013). Modeling and treating internalizing psychopathology in a clinical trial: a latent variable structural equation modeling approach. *Psychological Medicine*, 43(8), 1611-1623. doi:10.1017/S0033291712002772
- Kushner, M. G., Maurer, E. W., Thuras, P., Donahue, C., Frye, B., Menary, K. R., . . . Van Demark, J. (2013). Hybrid Cognitive Behavioral Therapy versus

- Relaxation Training for Co-Occurring Anxiety and Alcohol Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(3), 429-442.
- Lowe, B., Breining, K., Wilke, S., Wellmann, R., Zipfel, S., & Eich, W. (2002). Quantitative and qualitative effects of Feldenkrais, progressive muscle relaxation, and standard medical treatment in patients after acute myocardial infarction. *PSYCHOTHERAPY RESEARCH*, 12(2), 179-191.
- Manzoni, G. M., Pagnini, F., Castelnuovo, G., & Molinari, E. (2008). Relaxation training for anxiety: a ten-years systematic review with meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 8, 1-12. doi:10.1186/1471-244X-8-41
- Mello, M. L. M. d., Barrias, J., & Breda, J. (2001). Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Pan, L., Zhang, J., & Li, L. (2012). Effects of progressive muscle relaxation training on anxiety and quality of life of inpatients with ectopic pregnancy receiving methotrexate treatment. *Research in Nursing & Health*, 35(4), 376-382 377p. doi:10.1002/nur.21486
- Pawlow, L. A., & Jones, G. E. (2002). The impact of abbreviated progressive muscle relaxation on salivary cortisol. *Biological Psychology*, 60, 1-16. doi:10.1016/S0301-0511(02)00010-8
- Pawlow, L. A., O'Neil, P. M., & Malcolm, R. J. (2003). Night eating syndrome: effects of brief relaxation training on stress, mood, hunger, and eating patterns. *International journal of obesity*(8).
- Payne, R. A. (2003). Técnicas de Relaxamento - Um Guia Prático para Profissionais de Saúde (2 ed.). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Rahioui, H., & Reynaud, M. (2008). Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Rasid, Z. M., & Parish, T. S. (1998). The effects of two types of relaxation training on students' levels of anxiety. *Adolescence*, 33(129), 99.
- Tang, Y., Zhou, J., Xie, L.-Q., Deng, Y.-L., Zhang, J.-P., & Richmond, C. J. (2016). Effects of Progressive Muscle Relaxation Intervention in Extremity Fracture Surgery Patients. *Western Journal of Nursing Research*, 38(2), 155.
- Yildirim, Y. K., & Fadiloglu, C. (2006). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety levels and quality of life in dialysis patients. *EDTNA/ERCA Journal of Renal Care*, 32(2), 86-88.

Apêndice I

Estratégia de pesquisa na CINAHL

Efetuada a 25/05/2016

Número de pesquisa	Termo de pesquisa	Resultados
S1	Progressive muscle relaxation	195
S2	(MH "Anxiety+")	27089
S3	Anxiety	55553
S4	(MH "Alcoholism")	12842
S5	Alcoholism	13860
S6	Alcohol dependence syndrome	44
S7	Alcohol use disorder	1951
S8	S2 OR S3	55553
S9	S4 OR S5 OR S6 OR S7	15051
S10	S1 AND S8 AND S9	2

Estratégia de pesquisa na MEDLINE

Efetuada a 25/05/2016

Número de pesquisa	Termo de pesquisa	Resultados
S1	(MH "Autogenic Training")	1026
S2	Autogenic Training	1162
S3	Progressive muscle relaxation	403
S4	(MH "Anxiety+")	64045
S5	Anxiety	176987
S6	(MH "Alcoholism")	69194
S7	Alcoholism	79068
S8	Alcohol dependence syndrome	265
S9	Alcohol use disorder	1821
S10	S1 OR S2 OR S3	1532
S11	S4 OR S5	177444
S12	S6 OR S7 OR S8 OR S9	80145
S13	S10 AND S11 AND S12	7
S14	Limit 7 to (Full Text)	1

Estratégia de pesquisa na ACADEMIC SEARCH COMPLETE

Efetuada a 25/05/2016

Número de pesquisa	Termo de pesquisa	Resultados
S1	(MH "Progressive muscle relaxation")	75
S2	Progressive muscle relaxation	261
S3	Anxiety	113092
S4	Alcoholism	54513
S5	Alcohol dependence syndrome	149
S6	Alcohol use disorder	4057
S7	S1 OR S2	261
S8	S4 OR S5 OR S6	56150
S9	S3 AND S7 AND S8	3

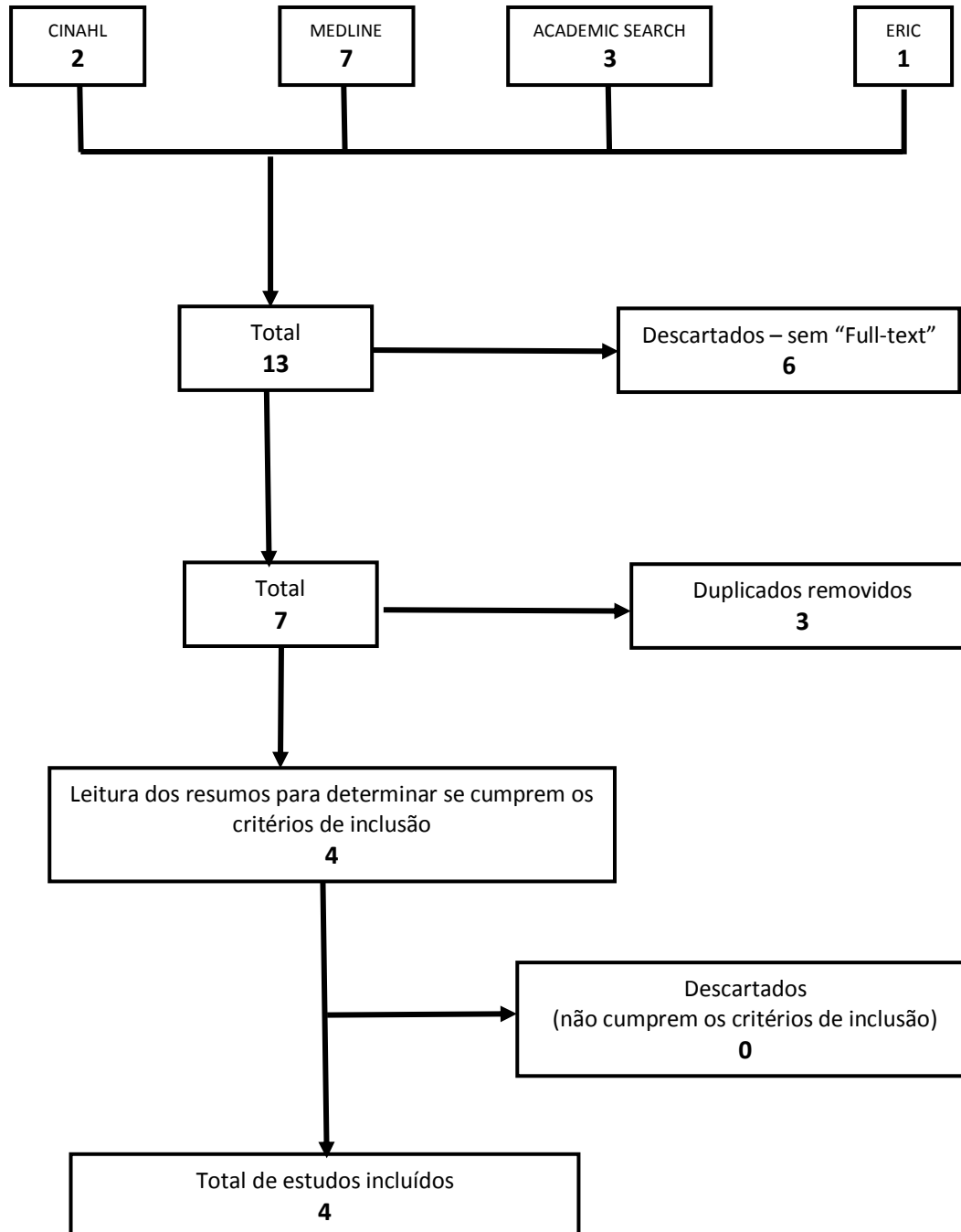
Estratégia de pesquisa na ERIC

Efetuada a 25/05/2016

Número de pesquisa	Termo de pesquisa	Resultados
S1	(MH "Relaxation Training")	831
S2	Relaxation Training	891
S3	Progressive muscle relaxation	40
S4	(MH "Anxiety+")	12555
S5	Anxiety	17631
S6	(MH "Alcoholism")	2274
S7	Alcoholism	2820
S8	Alcohol dependence syndrome	1
S9	Alcohol use disorder	76
S10	S1 OR S2 OR S3	896
S11	S4 OR S5	11870
S12	S6 OR S7 OR S8 OR S9	2884
S13	S10 AND S11 AND S12	1

Apêndice II

Árvore da pesquisa



Apêndice III

Características dos estudos incluídos

Autor	Ano	País	Tipo de estudo	Tamanho da amostra	Objetivo	Intervenções
M. G. Kushner, R. F. Krueger, M. M. Wall, E. W. Maurer, J. S. Menk K. R. Menary	2013	USA	ENSAIO CLINICO	344 participantes adultos pertencendo a uma residência de alcoologia na comunidade, num programa de tratamento de dependência de álcool	Estabelecer um método para caracterizar e quantificar as alterações em um amplo espectro de psicopatologia orientadas para o tratamento incluído num ensaio clínico contrastando duas intervenções psicossociais	CBT (Terapia cognitivo-comportamental) PMRT (Treino de relaxamento muscular progressivo)
Domenic A. Ciraulo, David H. Barlow, Suzy Bird Gulliver, Todd Farchione, Sandra B. Morissette, Barbara W. Kamholz, Katherine Eisenmenger, Bonnie Brown, Eric Devine, Timothy A. Brown, Clifford M. Knapp	2013	USA	RCT	81 participantes com AUD e com co-morbidade de transtornos de ansiedade tratados em ambulatório num programa dirigido para a ansiedade	O objetivo deste estudo foi comparar a eficácia e segurança do uso de venlafaxina + CBT para facilitar a abstinência, em comparação com o tratamento combinado com o placebo e PMR.	CBT (Terapia cognitivo-comportamental) PMR (Relaxamento muscular progressivo)
Matt G. Kushner, Eric W. Maurer, Paul Thuras, Chris Donahue, Brenda Frye, Kyle R. Menary, Jennifer Hobbs, Angela M. Haeny, Joani Van Demark	2013	USA	RCT	344 participantes internados numa unidade de desabituação química com AUD, fobia social, transtorno da ansiedade ou transtorno de pânico	Testar um programa cognitivo comportamental que diminuísse os sintomas de ansiedade e a motivação para beber	Terapia cognitivo-comportamental Treino de relaxamento muscular progressivo
J.J. Anker, M.G. Kushner, P. Thuras, J. Menk, A.S. Unruh	2016	USA	ESTUDO QUANTITATIVO CORRELACIONAL	218 participantes com AUD com distúrbio da ansiedade internados em clinica de dependência química	Avaliar o impacto na necessidade de beber (DTC) de duas terapias: (1) uma terapia cognitivo-comportamental (TCC) projetado para reduzir os sintomas do DTC e de ansiedade; (2) programa de treinamento de relaxamento muscular progressivo (PMRT) projetado para reduzir apenas os sintomas de ansiedade.	TCC (Terapia cognitivo-comportamental) PMRT (Treino de relaxamento muscular progressivo)

Apêndice II

Consentimento informado

O presente projeto de cariz investigativo decorre no âmbito da minha frequência do 7º Curso de Mestrado de Enfermagem – Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica, da ESEL.

O meu objetivo é conhecer o efeito da técnica de Treino de Relaxamento Progressivo nos níveis de ansiedade dos clientes internados na Unidade de Alcoologia de Lisboa.

Para tal será necessário:

- A aplicação de questionários de autoavaliação sobre a ansiedade;
- A avaliação do pulso periférico antes e depois das sessões de relaxamento;
- A sua adesão ao projeto.

A escolha de participar ou não neste projeto é voluntária.

Este documento visa solicitar a sua participação, que desde já agradeço e, da qual se pode retirar a qualquer momento podendo fazê-lo de livre vontade, sem qualquer prejuízo para o decurso do seu internamento.

Toda a informação recolhida é confidencial e o seu anonimato assegurado segundo o código ético e deontológico dos Enfermeiros, conforme consta no art.º 84 e art.º 85 do mesmo.

Eu, abaixo assinado, (nome completo)

Compreendi o que me foi explicado e foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias sobre as quais fui devidamente esclarecido, desta forma dou o meu consentimento para a minha participação neste projeto.

____ / ____ / 2016

Assinatura: _____

Apêndice III

Planeamento da Intervenção TRP

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenção de enfermagem em clientes com
Perturbação de Uso de Álcool:
Treino de Relaxamento Progressivo

Autor: Célia Maria Matias Esteves nº6676

Lisboa 2016

Índice

Pág.

INTRODUÇÃO	116
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INTERVENÇÃO	118
2. METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO	121
2.1. Planificação da intervenção	121
2.2. Avaliação da intervenção	123
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125

ANEXOS

Anexo I – Questionário de Autoavaliação (STAI Forma Y-1)

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa conceptual

Apêndice II – Questionário sociodemográfico

Apêndice III – Grelha de Colheita de dados e Observação da linguagem não verbal

Apêndice IV – Consentimento informado

Apêndice V – Plano da sessão

Apêndice VI – Guião do Treino de Relaxamento Progressivo

INTRODUÇÃO

A nível social foi-se banalizando o consumo do álcool e adquirindo-se novos padrões de ingestão o que levou a um aumento das perturbações de uso de álcool. Estes problemas incluem questões de saúde (física e mental) individual e familiar, problemas de relacionamento, violência, sinistralidade rodoviária, absentismo e acidentes de trabalho.

Segundo o *Global Status Report on Alcohol and Health* (WHO, 2014) a proteção da saúde das populações através da prevenção e redução do uso nocivo do álcool é uma prioridade de saúde pública, e um dos objetivos da Organização Mundial da Saúde é reduzir o encargo social e da saúde causados pelo uso nocivo do álcool.

Em Portugal, em 2010, os indivíduos com 15 ou mais anos bebiam em média 12,9 litros de álcool puro por ano (SICAD, 2014).

A co-morbilidade psiquiátrica é frequente entre os consumidores de álcool, sendo de: 81% para distúrbios afetivos e da ansiedade, 53% para distúrbios de personalidade, 34% para a depressão major e até 10% para muitas outras patologias psiquiátricas (Raistrick et al., 2006).

Diversos estudos sugerem que a ansiedade surge muitas vezes associada á perturbação de uso de álcool, isto porque a ansiedade social parece ser um fator de risco para o abuso de álcool (Buckner et al., 2008; Kushner et al., 2000).

A ansiedade é uma emoção ambígua e “surge como consequência de um défice psicológico, de um comportamento adictivo, de um conflito intrapsíquico ou da dificuldade em interpretar os acontecimentos” (Graziani, 2005, p.15-16). Beber para lidar com a ansiedade social (fisiologicamente ou psicologicamente) intensifica o uso regular de álcool, aumentando assim a probabilidade de continuar a beber conduzindo deste modo a mais problemas relacionados com o álcool (Sher & Levenson, 1982).

Segundo Rahioui & Reynaud (2008, p.100) a prevenção da recaída “considera o desejo de consumir o principal factor de recaída”. O *craving* ou segundo a APA (2014, p.589) “um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool” é um dos sinais de alerta que pode levar a um lapso ou recaída. “Este desejo pode ocorrer tanto na fase de consumo quanto no início da abstinência, ou após um longo tempo sem utilizar a droga, costumando vir acompanhado de alterações no humor, no

comportamento e no pensamento” (Araujo, Oliveira, Pedroso, Miguel & Castro, 2008). Beck et al. (1999) citado por Araújo, Oliveira, Nunes, Piccoloto, & Melo (2004, p. 72) referem que “o objetivo do impulso é reduzir o *craving* e buscar um estado de relaxamento” com o intuito de proporcionar prazer e aliviar um mal-estar.

Ensaio clínicos demonstraram que as drogas ansiolíticas apresentam uma eficácia limitada a longo prazo (Youngstedt & Kripke, 2007) e além disso, muitas vezes apresentam efeitos colaterais adversos, incluindo dependência, sonolência, cognição e memória afetada (Buffett-Jerrott & Stewart, 2002). Consequentemente começou-se a considerar abordagens alternativas para a ansiedade, tendo sido feito alguns progressos no tratamento não farmacológico neste tipo de transtornos. “Os tratamentos mais eficazes parecem ser a terapia cognitivo-comportamental individual, com uma taxa global de valorização de 51%, e o relaxamento, com uma taxa de 60%” (Bond & Dryden, 2004, p.102).

Este tipo de “abordagem foi concebida de forma a dar ao individuo uma sensação de maior controlo sobre a sua vida e ainda uma proteção contra o estresse desnecessário” (Payne, 2003, p.10). Neste sentido, as técnicas de relaxamento representam uma das abordagens mais utilizadas na gestão de ansiedade, uma vez que na literatura existem diversos métodos para diminuir a tensão, mas o relaxamento é a técnica mais amplamente aplicada e tem um efeito positivo sobre os níveis de ansiedade (Willhelm et al., 2015).

Sendo a ansiedade um sentimento que provoca uma série de reações físicas, incluindo tensão muscular, o relaxamento progressivo torna-se essencial para auxiliar o corpo e mente por forma a contribuir para a diminuição da ansiedade (Graziani, 2005).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INTERVENÇÃO

Embora exista uma tendência para definir o relaxamento como a ausência de tensão muscular, este apresenta um carácter muito mais interativo onde o fisiológico e o psicológico estão relacionados entre si e interagem em todo o processo.

De acordo com o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental (OE, 2011) numa técnica de relaxamento é

“um método, processo, procedimento ou atividade que ajuda a pessoa a relaxar, para atingir um estado de calma aumentado; ou reduzir os níveis de stresse, ansiedade ou raiva. As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como um elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse e pode diminuir tensão muscular, a pressão arterial e a frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde”.
(pág.17)

O relaxamento progressivo é uma técnica de relaxamento desenvolvida por Edmund Jacobson em 1938, que pode permitir um estado de relaxamento através da tensão e distensão repetida de grupos musculares específicos em que o praticante aprende a reconhecer a tensão muscular.

Tendo em vista a aplicação prática no contexto profissional desta técnica várias versões surgiram, nomeadamente a versão modificada de Bernstein & Borkovec de 1973 – O Treino de Relaxamento Progressivo.

Esta abordagem consiste em aprender a relaxar grupos específicos de músculos prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento, deste modo aprende-se a diferenciar o contraste entre as sensações associadas a estes dois estados (Payne, 2003).

Este tipo de relaxamento também permite á pessoa reconhecer quando se encontra excessivamente tensa e a instruir-se para relaxar, reduzindo, desta forma, os seus níveis de ansiedade.

Na abordagem de Bernstein & Borkovec, o treino é norteado através de ações pré-estabelecidas:

- A contração produzida corresponde a uma contração forte e efetuada de uma só vez e não de forma gradual. É mantida durante 5-7 segundos e é pedido ao cliente para focar-se na sensação da tensão muscular;
- A libertação da contração, ou seja, o relaxamento, deve ser feita de uma só vez, rápida e totalmente. Novamente é pedido ao cliente para reparar nas sensações

que acompanham este relaxamento. Esta situação mantém-se durante cerca de 30-40 segundos.

Segundo Payne (2003) citando Bernstein & Borkovec, o cliente trabalha uma sequência pré-definida de contração e relaxamento:

1ª Fase – 16 grupos musculares

2ª Fase – 7 grupos musculares

3ª Fase – 4 grupos musculares

Inicialmente apesar de parecer complexo e demorado, com a automatização resultante da prática e com a progressiva redução dos grupos musculares, a capacidade de atingir o relaxamento vai tornar-se progressivamente mais simples.

A respiração abdominal e o relaxamento não são mutuamente exclusivos, pelo contrário, a sua combinação potencia a obtenção de estado de relaxamento pretendido.

Por esta razão associar-se as potencialidades das técnicas de respiração ao relaxamento “é uma abordagem claramente aceite” (Payne, 2003, p.141). Isto porque são técnicas de fácil aprendizagem e ajudam o cliente a sentir algum controlo, pois a respiração está relacionada com o seu estado emocional.

No planeamento das sessões:

- A maioria dos autores aconselha um ambiente sossegado, com sons leves do exterior uma vez que um silêncio muito profundo pode ser visto como artificial e aumentar a ansiedade.
- Desde o início deve-se garantir a confidencialidade de cada sessão a cada membro do grupo.
- Deve ser sugerido ao cliente o uso de roupa confortável
- Adoção de uma posição o mais confortável possível, sendo esta sentada ou deitada.
- Preferencialmente os clientes devem permanecer com os olhos fechados, mas no caso dessa impossibilidade, podem ficar de olhos abertos, mas são aconselhados a fixarem o teto.
- O dinamizador deve ter um tom de voz calmo e sossegado, mas não monótono.
- Deve ser incentivada a autonomia, pois o estado de relaxamento atingido está diretamente relacionado com os progressos do próprio cliente.

Esta intervenção vai ao encontro dos clientes com Perturbação de Uso de Álcool e de forma a organizar o conhecimento e facilitar a aprendizagem, o mapa conceptual ajuda a representar o pensamento crítico e reflexivo subjacente aos principais conceitos (Apêndice I).

2. METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO

2.1. Planificação da intervenção

Caracterização do grupo-alvo

A população-alvo será composta pelos clientes da Unidade de Alcoologia.

A amostra será selecionada da população-alvo, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de inclusão

- Clientes com perturbação de uso de álcool, conscientes e orientados em todas as suas referências;
- Clientes com perturbação de uso de álcool que estejam recetivos e aceitem participar de forma voluntária;

Critérios de exclusão

- Clientes que não saibam ler e/ou escrever;
- Clientes que apresentem alterações do pensamento e da percepção;
- Clientes com limitações físicas e/ou psíquicas (alterações cognitivas, hipoacusia acentuada, alterações a nível da coluna vertebral).

Objetivos gerais e específicos

Objetivos gerais

- Desenvolver a relação terapêutica;
- Avaliar o impacto da intervenção nos níveis de ansiedade dos clientes com perturbação de uso de álcool.

Objetivos específicos:

- Criar um ambiente favorável á realização da intervenção;
- Realizar sessões de Treino de relaxamento progressivo.
- Estimular a sensibilidade proprioceptiva;
- Estimular a capacidade de concentração;
- Capacitar cada elemento do grupo para realizar de forma autónoma o Treino de relaxamento Progressivo;
- Reforçar a relação enfermeiro/cliente;
- Avaliar a eficácia da intervenção;

Instrumentos

- Questionário sociodemográfico (Apêndice II)
- Questionário de autoavaliação Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger Forma Y-1 (Anexo I);
- Grelha de Colheita de dados e Observação da linguagem não-verbal (Apêndice III).

Aspetos éticos

Com vista a ser assegurada a confidencialidade, intimidade, direitos, anonimato dos dados recolhidos, a segurança e a dignidade a todos os sujeitos que componham a amostra, estes serão informados do âmbito do estudo e esclarecidos sobre dúvidas que possam ter e deste modo será obtido o respetivo consentimento assinado, livre e esclarecido (Apêndice IV).

Procedimento

O Treino de Relaxamento Progressivo é constituído por um plano da sessão previamente elaborado (Apêndice V).

Uma vez que o grupo-alvo é constituído por adultos, será tido em conta a experiência anterior, a vontade e motivação para aprender e a orientação da aprendizagem para a resolução de problemas que surjam no seu dia-a-dia.

Será uma intervenção grupal que tem como foco os princípios humanistas de Yalom, mas também valorizando o feedback e a coesão como instrumentos fundamentais no processo terapêutico.

Como recursos para facilitar o processo de ensino-aprendizagem e reforçar a relação enfermeiro/cliente os instrumentos pedagógicos a utilizar serão: colchões de ginástica, oxímetro digital, CD de música de relaxamento e o guião de relaxamento (Apêndice VI).

A metodologia utilizada será expositiva, demonstrativa e interativa.

Como obstáculos previsíveis poderá existir uma tendência para o cliente adormecer durante a sessão, mas tal será desencorajado. Também durante o momento de partilha, no início e no fim da sessão, inevitavelmente algumas pessoas poderão falar mais do que outras e caberá ao dinamizador incentivar os mais calados a falar. Uma preocupação também é o ambiente da sala em que irá ser efetuada a técnica, pois poderá ser difícil proporcionar um ambiente mais livre de sons do exterior do que o aconselhável para a realização deste tipo de técnica.

Uma vez que a amostra já estará escolhida de antemão, será aplicado o questionário de autoavaliação que avalia a ansiedade-estado (STAI Forma Y-1) antes e após a sessão, indicando-nos a ansiedade que estará relacionada às circunstâncias do momento. Ao mesmo tempo será também avaliada a pulsação periférica através de um oxímetro, antes e depois da intervenção. Durante a intervenção será observada e registada a linguagem não-verbal de cada cliente.

2.2. Avaliação da intervenção

Tendo em conta que a qualidade em saúde é uma tarefa multidisciplinar, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001a) assumiu que a medição de resultados é uma forma de validar a eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Indicadores de resultado

Quanto às formas de medir o relaxamento, uma vez que este inclui componentes psicológicas, fisiológicas e comportamentais serão utilizados os dados recolhidos em cada sessão de relaxamento, através dos indicadores de processo:

- Questionários de autoavaliação – neste caso será utilizado o STAI Forma Y-1 de avaliação da ansiedade-estado;
- Medição fisiológica – que será realizada através da avaliação do pulso periférico;
- Observação de comportamentos – observando a linguagem não-verbal e o comportamento de cada cliente durante as sessões.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o desenvolvimento científico e tecnológico surgiu o aumento da esperança de vida da população mundial e como consequência inevitável a pergunta impõe-se: “Qual a sua qualidade de vida?”

Com o intuito de melhorar a condição física e psicológica vários autores recomendam o relaxamento como uma forma de melhorar a qualidade de vida e a saúde mental (Graziani, 2005; Pedinielli, L., & Bernoussi, 2006; Serra & A.V., 2011)

Leloup (2009, pág.15) refere que “o corpo é a nossa memória mais arcaica. Nele, nada é esquecido”, ou seja, existe uma ressonância entre o corpo físico e a nossa memória.

Sendo a ansiedade uma expectativa, uma apreensão sobre uma ameaça imprecisa de algo que poderá acontecer esta pode-se manifestar das mais variáveis formas. A ansiedade faz parte deste sistema de alarme. Aqui o relaxamento tem uma função muito específica, pois relaxar é no fundo desligar, descontrair permitindo ausentarmos por instantes economizando esforço e desfrutar do prazer desse repouso.

Esta intervenção terapêutica permite promover no cliente um desfecho positivo na gestão da sua ansiedade, motivando-o a desenvolver novas formas de enfrentar os problemas reforçando assim a sua capacidade adaptativa e aumentando o seu nível de saúde mental.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APA. (2014). MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS. DSM-5™. In (5 ed.). Lisboa: CLIMEPSI.
- Araujo, R. B., Oliveira, M. d. S., Pedroso, R. S., Miguel, A. C., & Castro, M. d. G. T. d. (2008). Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento / Craving and chemical dependence: concept, evaluation and treatment. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* (1), 57. doi:10.1590/S0047-20852008000100011
- Araújo, R. B., Oliveira, M. d. S., Nunes, M. L. T., Piccoloto, L. B., & Melo, W. V. (2004). A avaliação do craving em alcoolistas na síndrome de abstinência / The craving evaluation in alcoholics in abstinence syndrome. *PsicoUSF*(1), 71.
- Bond, F. W., & Dryden, W. (2004). Handbook of brief cognitive behaviour therapy. In. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C., & Lewinsohn, P. M. (2008). Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 230-239. doi:10.1016/j.jpsychires.2007.01.002
- Buffett-Jerrott, S. E., & Stewart, S. H. (2002). Cognitive and sedative effects of benzodiazepine use. *Current Pharmaceutical Design*, 8(1), 45-58.
- Graziani, P. (2005). Ansiedade e perturbações da ansiedade. In (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Kushner, M. G., Abrams, K., & Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders. A review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20, 149-171. doi:10.1016/S0272-7358(99)00027-6
- Leloup, J.-Y. (2009). O corpo e seus símbolos. In. Petrópolis: Editora Vozes.
- OE. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. In C. d. Enfermagem (Ed.). Lisboa: Divulgar.
- OE. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. In A. d. C. d. E. d. E. d. S. M. e. Psiquiátrica (Ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Payne, R. A. (2003). Técnicas de Relaxamento - Um Guia Prático para Profissionais de Saúde. In (2 ed.). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Pedinielli, L., J., & Bernoussi, A. (2006). Os estados depressivos Os estados depressivos. In. Lisboa: Climepsi Editores.

- Rahioui, H., & Reynaud, M. (2008). *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções*. In (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Raistrick, D., Heather, N., & Godfrey, C. (2006). *Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems*. In. England: NHS - National Treatment Agency for Substance Misuse.
- Serra, & A.V. (2011). *O stress na vida de todos os dias*. In. Coimbra: Edição do autor.
- Sher, K. J., & Levenson, R. W. (1982). Risk for alcoholism and individual differences in the stress-response-dampening effect of alcohol. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(5), 350-367. doi:10.1037/0021-843X.91.5.350
- SICAD. (2014). *Relatório Anual 2013 - A Situação do País em Matéria de Álcool*. In. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências.
- Silva, D. R., & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do inventário de Estado-Traço de Ansiedade - Forma Y (STAI-Y), de Spielberger. para a população portuguesa. In (pp. 71-89): revista Portuguesa de Psicologia.
- WHO. (2014). *Global status report on alcohol and health*. In. Luxembourg: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. Importance of relaxation techniques in cognitive therapy for anxiety., 8(1), 79-86. doi:10.4013/ctc.2015.81.08
- Youngstedt, S. D., & Kripke, D. F. (2007). Does bright light have an anxiolytic effect? - an open trial. *BMC Psychiatry*, 7, 62-66. doi:10.1186/1471-244X-7-62

ANEXOS

Anexo I

Questionário STAI Forma Y-1

(Forma adaptada por Danilo Silva)

Instruções

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

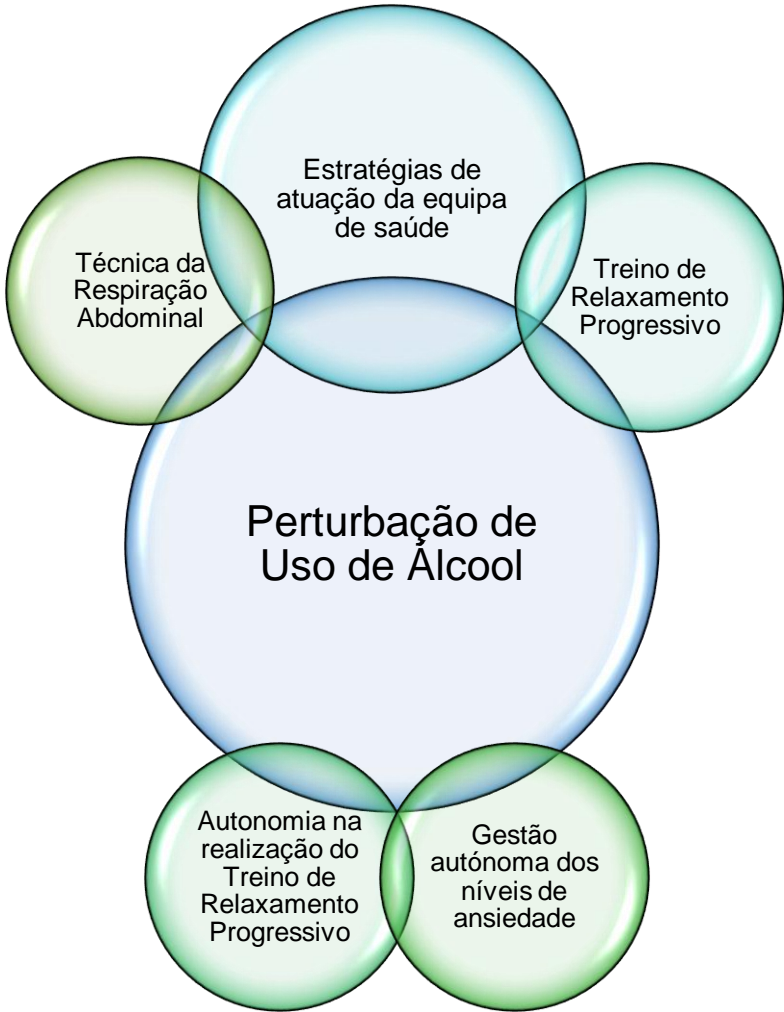
	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito
1. Sinto-me calmo	1	2	3	4
2. Sinto-me seguro	1	2	3	4
3. Estou tenso	1	2	3	4
4. Sinto-me esgotado	1	2	3	4
5. Sinto-me á vontade	1	2	3	4
6. Sinto-me perturbado	1	2	3	4
7. Presentemente ando preocupado com desgraças que possam vir a acontecer	1	2	3	4
8. Sinto-me satisfeito	1	2	3	4
9. Sinto-me assustado	1	2	3	4
10. Estou descansado	1	2	3	4
11. Sinto-me confiante	1	2	3	4
12. Sinto-me nervoso	1	2	3	4
13. Estou inquieto	1	2	3	4
14. Sinto-me indeciso	1	2	3	4
15. Estou descontraído	1	2	3	4
16. Sinto-me contente	1	2	3	4
17. Estou preocupado	1	2	3	4
18. Sinto-me confuso	1	2	3	4
19. Sinto-me uma pessoa estável	1	2	3	4
20. Sinto-me bem	1	2	3	4

© Copyright 1968, 1977 by Charles D. Spielberger. All rights reserved.

APÊNDICES

Apêndice I

Mapa conceptual



Apêndice II

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____

Sexo: masculino feminino

Estado civil: solteiro casado divorciado união de facto viúvo

Idade: ____ anos

Reside na localidade: _____

Escolaridade: 1º ciclo (____ classe)

2º ciclo (____ ano)

3º ciclo (____ ano)

Licenciado em _____

Outros estudos: _____

Profissão: _____

Desempregado: ____ anos / meses

Baixa: ____ anos / meses

Situação financeira: com rendimento próprio

sem rendimento sobrevive com _____

Apoio familiar: não

sim _____

Problemas judiciais: não

sim _____

Comportamento aditivo:

Álcool:

Primeiro contato: ____ anos

Início da dependência: ____ anos

Bebida(s) preferida(s): _____

Quantidade ingerida (gr) por dia: _____

Último consumo: ____ / ____ / ____

Álcool-teste: _____

Internamentos anteriores em Unidades de Alcoologia:

não

sim, onde: _____

Apêndice III

Grelha de Colheita de dados e Observação da linguagem não-verbal

___ / ___ / ___

Identificação	Pulso antes da sessão	STAI Y-1 antes da sessão	Pulso depois da sessão	STAI Y-1 depois da sessão	Linguagem não-verbal
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>

Apêndice IV

CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

O presente projeto de cariz investigativo decorre no âmbito da minha frequência do 7º Curso de Mestrado de Enfermagem – Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica, da ESEL.

O meu objetivo é conhecer o efeito da técnica de Treino de Relaxamento Progressivo nos níveis de ansiedade dos clientes internados na Unidade de Alcoologia de Lisboa.

Para tal será necessário:

- A aplicação de questionários de autoavaliação sobre a ansiedade;
- A avaliação do pulso periférico antes e depois das sessões de relaxamento;
- A sua adesão ao projeto.

A escolha de participar ou não neste projeto é voluntária.

Este documento visa solicitar a sua participação, que desde já agradeço e, da qual se pode retirar a qualquer momento podendo fazê-lo de livre vontade, sem qualquer prejuízo para o decurso do seu internamento.

Toda a informação recolhida é confidencial e o seu anonimato assegurado segundo o código ético e deontológico dos Enfermeiros, conforme consta no art.º 84 e art.º 85 do mesmo.

Eu, abaixo assinado, (nome completo)

Compreendi o que me foi explicado e foi-me dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias sobre as quais fui devidamente esclarecido, desta forma dou o meu consentimento para a minha participação neste projeto.

_____ / _____ / 2016

Assinatura: _____

Apêndice V

PLANO DA SESSÃO

Hora: 17h

Local: sala de atividades da Unidade de Alcoologia

Duração: 30 minutos

Destinatários: clientes da Unidade de Alcoologia

	Conteúdos	Metodologia	Avaliação	Recursos Materiais	Recursos Humanos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher os clientes que participam na sessão • Aplicação do questionário de autoavaliação STAI Y-1 • Avaliação do pulso periférico 	Interativa	Diagnóstica: Observação	<ul style="list-style-type: none"> • Colchões de ginástica • Questionários e canetas • Oxímetro digital 	<u>Dinamizadora:</u> Célia Esteves	30 Minutos
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Execução da técnica de Treino de Relaxamento Progressivo • Observação da linguagem não-verbal dos clientes 	Expositiva Demonstrativa Interativa	Diagnóstica: Observação <ul style="list-style-type: none"> • Colchões • CD de música • Guião do relaxamento 			
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicação do questionário de autoavaliação STAI Y-1 • Avaliação do pulso periférico • Feedback do grupo 	Interativo	Sumativa: Avaliação <ul style="list-style-type: none"> • Questionários e canetas • Oxímetro digital 			

Apêndice VI

Guião do Treino de Relaxamento Progressivo
(versão modificada de Bernstein & Borkovec de 1973)

INÍCIO DA SESSÃO DE RELAXAMENTO:

Coloquem-se numa posição confortável, deitados com os braços ao longo do corpo, as pernas esticadas e fechem os olhos. Quem se sentir desconfortável com os olhos fechados pode ficar com eles abertos, mas peço que se foquem num ponto do teto e não olhem para o lado.

Vou guiá-los através de alguns músculos importantes do corpo, pedindo para os contrair e relaxar, um a um.

Isto vai ajudar ao relaxamento físico e mental. À medida que a sessão decorrer irão sentir os músculos e outras sensações que irão aprender a identificar e libertar. Quando quiserem relaxar poderão usar esta técnica.

RESPIRAÇÃO (Respiração Abdominal – Tensão para fora, paz para dentro)

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

Inpirem... Expirem... Inspirem... Expirem... Inspirem... Expirem...

Podem agora colocar a mão ao longo do corpo outra vez

BRAÇOS

(Aranha)

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

(Bastão)

Focando a atenção nos braços... façam força com a mão fechada até ficar em forma de punho... sintam a tensão dos músculos na mão... a seguir estiquem o braço ao longo do corpo e façam força até ficar rígido como um bastão e mantenham essa posição... agora sintam a tensão ao longo do braço... sintam os músculos tensos e quentes... e a seguir... relaxem lentamente... sintam o braço a ficar mole... reparem no alívio, nessa sensação boa... continuem a relaxar até que toda a tensão desapareça... sintam os músculos do braço totalmente relaxados...

PERNA

(Pés a apontar para a cara)

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

(Pés a apontar para longe da cara)

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

RESPIRAÇÃO (2)

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

Inspirem... Expirem... Inspirem... Expirem... Inspirem... Expirem...

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

ABDÓMEN

Concentrem-se agora nos músculos da barriga... apertem esses músculos tornando a barriga rígida sintam a tensão no peito e barriga, os músculos tensos... e

relaxem... deixem que os músculos relaxem... sintam a sensação de relaxamento a crescer...

OMBROS

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

(Elevação)

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

NUCA

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

PARTE SUPERIOR DA FACE

(Elevação das sobrancelhas)

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

(Franzir as sobrancelhas)

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

PARTE INFERIOR DA FACE

(Maxilar inferior)

Foquem agora toda a atenção na zona da boca... coloquem os dentes de trás juntos... façam-no com firmeza, mas sem os apertar demasiado... agora... sintam a sensação no maxilar, mantenham... e... relaxem... aliviem os músculos no maxilar... sintam a tensão a desaparecer e a ficar cada vez mais relaxados...

(Lábios)

Pressionem os lábios firmemente um contra o outro, como se não quisessem comer... agora... mantenham os lábios contraídos, sintam a tensão nos músculos da face e o calor a fluir... e de seguida... relaxem, soltem-nos... e à medida que eles relaxam, reparem nas sensações... concentrem-se nas sensações e relaxamento...

RESPIRAÇÃO (3)

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

Inspirem... Expirem... Inspirem... Expirem... Inspirem... Expirem...

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

Apêndice IV

Questionário sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Nome: _____

Sexo: masculino feminino

Estado civil: solteiro casado divorciado união de facto viúvo

Idade: ____ anos

Reside na localidade: _____

Escolaridade: 1º ciclo (____ classe)

2º ciclo (____ ano)

3º ciclo (____ ano)

Licenciado em _____

Outros estudos: _____

Profissão: _____

Desempregado: ____ anos / meses

Baixa: ____ anos / meses

Situação financeira: com rendimento próprio

sem rendimento sobrevive com _____

Apoio familiar: não

sim _____

Problemas judiciais: não

sim _____

Comportamento aditivo:

Álcool:

Primeiro contato: ____ anos

Início da dependência: ____ anos

Bebida(s) preferida(s): _____

Quantidade ingerida (gr) por dia: _____

Último consumo: ____ / ____ / ____

Álcool-teste: _____

Internamentos anteriores em Unidades de Alcoologia:

não

sim, onde: _____

Apêndice V

Grelha de colheita de dados e observação da linguagem não-verbal

Grelha de Colheita de dados e Observação da linguagem não-verbal

___ / ___ / ___

Identificação	Pulso antes da sessão	STAI Y-1 antes da sessão	Pulso depois da sessão	STAI Y-1 depois da sessão	Linguagem não-verbal
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>
					Tenso <input type="checkbox"/> Distraído <input type="checkbox"/> Adormece <input type="checkbox"/>

Apêndice VI

Planeamento da Intervenção ERM

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria

Intervenção de enfermagem em clientes com
Perturbação de Uso de Álcool:
Entrevista de reforço motivacional

Autor: Célia Maria Matias Esteves nº6676

Lisboa 2017

Índice

	Pág.
INTRODUÇÃO	153
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INTERVENÇÃO	156
2. METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO	159
2.1. Planificação da intervenção	159
2.2. Avaliação da intervenção	161
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	163
ANEXOS	
Anexo I – SADQ-C	
Anexo II – SOCRATES 8-D	
Anexo III – Resultados/Classificação NOC	
APÊNDICES	
Apêndice I – Mapa conceptual	
Apêndice II – Plano das sessões	

INTRODUÇÃO

O processo de tratamento das adições decorre da existência de motivação para desencadear, manter e finalizar um percurso terapêutico muitas vezes longo, com retrocessos e intermitências. A motivação assume-se como dimensão central de todo o processo.

As intervenções de enfermagem assentam no estabelecimento de uma relação de ajuda e na utilização de técnicas de comunicação associadas à entrevista motivacional realizadas em resposta ao foco identificado (Abuso do Álcool), segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, em que se utiliza uma abordagem humanista, cognitiva e comportamental.

O enfermeiro deve colocar-se como parceiro do cliente, colaborando com ele, no sentido de o ajudar a encontrar a melhor maneira de se ajudar a si próprio, nomeadamente a reconhecer comportamentos prejudiciais para a sua saúde, a estimular a mudança desse comportamento e a desenvolver competências (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

A mudança de comportamento é um processo e as pessoas têm diversos níveis de motivação. Segundo Connors et al. (2001) as pessoas apresentam vários estadios de mudança, sendo eles:

- Précontemplação, em que o cliente não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão.
- Contemplação, o cliente admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente.
- Preparação, o cliente inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar revendo tentativas passadas.
- Ação, o cliente implementa mudanças ambientais e comportamentais, investindo tempo e energia na execução da mudança.
- Manutenção, em que o cliente dá continuidade ao processo iniciado na ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída.
- Recaída, quando existe uma falha na manutenção e é retomado o hábito ou comportamento anterior levando o cliente a qualquer uns dos estadios anteriores.

No entanto segundo os mesmos autores o cliente não passa pelos estadios de forma linear-causal, pois uma vez atingida alguma mudança isso não significa que o cliente se manterá nesse estadio e existirá sempre a possibilidade de ele progredir ou regredir sem qualquer ordenação lógica. É também de extrema

importância identificar qual a etapa do processo de mudança em que o cliente se encontra, uma vez que isso irá ajudar na definição da metodologia a ser utilizada na abordagem ao cliente de forma mais personalizada, realista e fundamentada.

A mudança de um estágio para outro deve-se à motivação. Sabe-se que a motivação necessária para começar a questionar um comportamento é diferente da motivação necessária para alcançar ou manter a mudança. Sendo assim, o enfermeiro utiliza a entrevista motivacional como uma técnica para auxiliar a pessoa a reconhecer os seus problemas atuais e potenciais associados ao uso do álcool. Estimulando assim o comprometimento para a mudança de comportamento, observável através da produção verbal, no sentido de diminuir as expressões verbais de resistência e aumentar as expressões verbais de mudança, contribuindo assim para o aumento do autocontrole sobre si própria e as adversidades atuais, e para a obtenção em ganhos de saúde (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Tendo como objetivo principal promover a mudança de comportamento as tarefas motivacionais usadas, segundo Connors et al. (2001) poderão ser:

- levantar dúvidas, de forma a aumentar a percepção sobre os riscos e problemas do comportamento atual da pessoa; evitar o confronto, mas sem perder a sinceridade; flexibilizar sobre a evidencia de dependência e procurar outros motivos para o cliente procurar ajuda (Précontemplação)
- “inclinara balança”, de forma a lembrar as razões para a mudança e os riscos sobre não mudar bem como fortalecer a autossuficiência da pessoa para a mudança do comportamento atual; sensibilizar objetivamente, dentro de um ambiente reflexivo; enumerar os prós e os contras da abstinência e do consumo; evidenciar as discrepâncias entre o consumo e os planos do cliente para o futuro (Contemplação)
- ajudar o cliente a determinar a melhor linha de ação a ser seguida na procura da mudança ajudando-o a verbalizar o desejo de mudança; reforçar a autoimagem e o compromisso; facilitar o envolvimento social (Preparação)
- ajudar o cliente a dar passos rumo à mudança aumentando a sua autoeficácia; identificar estratégias de apoio e mobilizar suporte social (Ação)
- ajudar o cliente a identificar e a utilizar estratégias de prevenção da recaída (Manutenção)
- ajudar o cliente a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que este fique imobilizado ou desmoralizado devido à recaída (Recaída)

Através da comunicação é possível atuar diretamente na melhoria da qualidade da intervenção de ajuda, através da criação de condições necessárias para que a interação se possa desenvolver e assim estabelecer uma relação de qualidade (Mambriani, 1993; Neeb, 2000; Phaneuf, 2005; Stuart & Laraia, 2001). A comunicação persuasiva e efetiva atrai atenção, é compreensível, impulsiona o comportamento recomendado, é facilmente lembrada e indica ações específicas. Este tipo de abordagem é especialmente eficiente quando o indivíduo se encontra nas etapas iniciais do processo de mudança (Connors et al., 2001).

O mais importante no processo de mudança do cliente é determinar qual o seu nível de envolvimento e decidir sobre a metodologia a ser utilizada na abordagem, tendo esta de ter uma forma personalizada, realista e fundamentada.

Lazure (1994) recomenda que o enfermeiro adote estratégias, comportamentos e atitudes que facilitem o estabelecimento de uma relação terapêutica, nomeadamente: respeito, congruência e a empatia, escuta, confrontação (no entanto esta abordagem não é utilizada na entrevista motivacional), reflexo emotivo ou feedback e o toque.

Contudo Stuart & Laraia (2001) identificam quatro impasses terapêuticos que bloqueiam a relação terapêutica, pois são geradores de sentimentos intensos quer no profissional quer no cliente (ansiedade, apreensão, frustração, amor, raiva). São eles:

- a resistência, quando cliente evita vivenciar os aspetos problemáticos de si mesmo;
- a transferência, quando cliente tem emoções e atitudes para com o profissional relacionadas com pessoas que lhe foram importantes, de forma inconsciente;
- a contratransferência, sendo esta uma resposta emocional do profissional gerada pelas qualidades do cliente;
- a violação de limites, que acontece quando o profissional ultrapassa os limites do relacionamento terapêutico e estabelece um relacionamento social, económico ou pessoal com o cliente.

No entanto deve-se ter em mente que a motivação deve ser sempre encarada de forma dinâmica, não estática e influenciável quer por fatores externos e quer pelo profissional que a faz (Jungerman & Laranjeira, 1999).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO DA INTERVENÇÃO

A entrevista de reforço motivacional faz parte do projeto MATCH, que é um estudo de 5 anos iniciado pela *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* iniciado em 1989. O objetivo era testar se diversos tipos de alcoólicos responderiam de forma diferente às abordagens terapêuticas: Terapia dos 12 passos; Terapia cognitivo comportamental de estratégias de *coping* e Terapia de reforço motivacional. Baseia-se nos princípios da psicologia motivacional e é desenhada para produzir rapidamente, motivação interna para a mudança. Não tenta guiar ou treinar o cliente, passo por passo, através da recuperação, mas sim empregar estratégias motivacionais de modo a mobilizar os recursos internos do próprio cliente (NIAAA, 1995). Este tipo de intervenção rege-se pelos princípios da entrevista motivacional para a estruturação das sessões.

A entrevista motivacional envolve um espírito de colaboração, participação e autonomia tanto do cliente quanto do profissional, onde ambos vão articulando alternativas em que a motivação para a mudança é construída de forma natural e espontânea. Segundo Miller & Rollnick (2001) esta é uma técnica de abordagem não-confrontativa e semiestruturada, que identifica e trabalha com a motivação do cliente já que é centrada nas suas necessidades e experiências. Estimula a autoeficácia a partir do momento em que o cliente consegue realizar as mudanças propostas e assim gera-se um impulso para mudar hábitos e estilo de vida.

O grande objetivo da entrevista motivacional é diminuir as expressões verbais de resistência e aumentar as expressões verbais de mudança e para isso, segundo Miller & Rollnick (2001), existem cinco princípios básicos na entrevista motivacional:

1. Expressar empatia: no sentido de aceitar a postura do cliente, tentando entendê-lo, sem julgamento. Escutar de forma reflexiva para clarificar e ampliar a experiência pessoal do cliente, sem impor a opinião pessoal do profissional. Deste modo a relação é de parceria e troca, visando a autonomia, liberdade de escolha e a eficácia do cliente.
2. Desenvolver discrepância: entre o atual comportamento do cliente e objetivos mais amplos. É importante que o cliente tenha consciência das consequências da sua conduta, percebendo a diferença entre o comportamento atual e os objetivos futuros. Trabalhar a emoção gerada pelo desconforto da dúvida é um motor para a mudança. Para aumentar a eficácia é importante que o cliente verbalize as suas discrepâncias, estimulando-o a apresentar argumentos para a sua mudança.

3. Evitar argumentação: ou seja, confrontações diretas. Deve-se evitar discutir ou debater com o cliente sobre a conveniência ou a utilidade de uma mudança porque isso pode criar/aumentar resistência. Os argumentos diretos e as tentativas para convencer tendem a produzir comportamentos de oposição para a mudança e esta oposição surge porque o cliente tem a percepção de que a sua escolha está a ser limitada.
4. Fluir com a resistência: em vez de enfrentá-la. É importante reconhecer o momento do cliente e saber usá-lo em vez de ir contra ele. As novas perspectivas não devem ser impostas e para isso existem diversas estratégias para lidar com a resistência, tais como:
- Reflexão simples: constatar que o cliente discorda ou que ele sente algo. Isto permite explorar melhor a situação ao invés de aumentar as suas defesas;
 - Reflexão amplificada: devolver ao cliente o que ele disse de uma forma amplificada ou quase exagerada. No entanto não se deve ser sarcástico deve-se fazê-lo de forma direta e apropriada, de forma a apoiar o cliente;
 - Reflexão de dois lados: abordagem baseada na escuta reflexiva, constatando o que o cliente quis dizer e acrescentar a isso o outro lado da ambivalência do cliente.
 - Mudança de foco: desviar o foco da atenção do cliente de algo que parece ser uma barreira para a sua evolução, ou seja contornar as barreiras;
 - Concordância com algo mais: concordar, mas mesmo assim sugerir uma mudança subtil de caminho de modo a permitir influenciar a direção e a força da mudança;
 - Ênfase no controle e na escolha pessoal: assegurar ao cliente que, no fim de contas, quem tem a última palavra é ele. É o cliente que muda se quiser, ele tem liberdade em determinar o que acontece no futuro;
 - Reformulação: colocando os comentários do cliente noutra contexto ou dar-lhe outra interpretação, alterando o seu sentido. Reconhece-se assim a validade das observações do cliente, oferecendo-se um novo sentido para elas;
 - Paradoxo terapêutico: concordar com o cliente na sua oposição em mudar, mas mesmo assim dar-lhe um sentido benéfico.
5. Estimular a autoeficácia: acreditar na possibilidade de mudança é um importante fator motivacional uma vez que tem influência sobre a capacidade de se iniciar um novo comportamento e mantê-lo. Os resultados anteriores positivos reforçam a

6. crença do cliente na sua própria capacidade para mudar. O profissional tem aqui o papel de potenciador uma vez que o cliente é o responsável por escolher e fazer a mudança.

Para promover a comunicação com o cliente, de modo a este explorar a sua ambivalência e expressar motivos para mudar e com isto sentir-se aceite e entendido, as estratégias de comunicação terapêutica são: utilizar perguntas abertas, escutar reflexivamente, fazer afirmações positivas, estimular afirmações de automotivação, para que ajudem a pessoa a sair da fase de ambivalência, fazer síntese (Miller & Rollnick, 2001; Neeb, 2000; Stuart & Laraia, 2001):

No entanto, os mesmos autores advertem para as diversas armadilhas que retardam ou dificultam o processo de mudança e geram resistência no cliente e estas são:

Pergunta/resposta – não facilita a reflexão;

Confronto/negação – é a mais frequente e a que deve ser evitada a todo o custo uma vez que aumenta a resistência;

Especialista – o profissional não deve assumir o papel de “*expert*”, mas sim ser um parceiro do cliente em todo o seu processo de mudança;

Rotulação – os rótulos exercem muitas vezes um estigma e causando resistência desnecessária;

Foco prematuro – tentar focar a questão rapidamente fará com que o cliente se distancie e fique na defensiva;

Culpa – a culpa é irrelevante e convém enfrentá-la com reflexão e reformulação das preocupações do cliente.

Este tipo de abordagem pode ser oferecido a clientes de várias faixas etárias, de ambos os sexos, portadores ou não de comorbidades físicas ou psiquiátricas, com padrão de consumo variados e que procuraram ou não por tratamento (Aharonovich et al., 2006; Bazargan-Hejazi et al., 2005; Graeber et al., 2003; LaBrie et al., 2006; Saitz et al., 2007). Esta intervenção vai ao encontro dos clientes com Perturbação de Uso de Álcool e de forma a organizar o conhecimento e facilitar a aprendizagem, o mapa conceptual ajuda a representar o pensamento crítico e reflexivo subjacente aos principais conceitos (Apêndice I).

2. METODOLOGIA DA INTERVENÇÃO

2.1. Planificação da intervenção

Caracterização do grupo-alvo

A população-alvo será composta pelos clientes da Equipa de Tratamento.

A amostra será selecionada da população-alvo pelos enfermeiros da Equipa de Tratamento e após a aplicação dos critérios de inclusão que serão: Clientes com perturbação de uso de álcool que estejam recetivos e aceitem participar nas sessões de forma voluntária;

Os critérios de exclusão serão:

- Clientes que não saibam ler e/ou escrever;

Objetivos gerais e específicos

Objetivos gerais

- Desenvolver a relação interpessoal centrada no cliente;
- Aumentar a motivação;
- Promover mudança de comportamentos.

Objetivos específicos:

- Criar um ambiente favorável á realização da intervenção;
- Realizar sessões de terapia de reforço motivacional
- Reforçar a relação enfermeiro/cliente;
- Avaliar a eficácia da intervenção;

Instrumentos

- Questionário da Severidade da Dependência Alcoólica (SADQ-C) (Anexo I)
- Escala SOCRATES 8-D (Anexo II);
- Resultados/Classificação NOC (Anexo III).

Aspetos éticos

Com vista a ser assegurada a confidencialidade, intimidade, direitos, anonimato dos dados recolhidos, a segurança e a dignidade a todos os sujeitos que componham a amostra, estes serão informados do âmbito do estudo e esclarecidos sobre dúvidas que possam ter. Uma vez que esta é uma intervenção já em

desenvolvimento na Equipa de Tratamento ficou acordado que só será necessário o consentimento verbal dos clientes.

Procedimento

A entrevista de reforço motivacional é composta por um plano de 4 sessões semiestruturadas e individualizadas, que ocorrem ao longo de um mês com periodicidade semanal (Apêndice II).

Uma vez que o grupo-alvo é constituído por adultos, será tido em conta a experiência anterior, a vontade e motivação para mudar comportamentos no que diz respeito ao uso de álcool.

Será uma intervenção individual que se baseia no respeito pelo cliente, nas suas crenças e escala de valores, mas tentando estimular a motivação e favorecer o posicionamento, face a estilos de vida saudáveis e promovendo a sua capacidade de escolha. Parte da ideia de que todo o processo de mudança tem custos e torna-se necessário que da parte da pessoa haja motivação para alcançar as metas que vão sendo estabelecidas, tendo presente que não é possível encetar processos de mudança se não está clara a amplitude da tarefa.

Como recursos para facilitar o processo de mudança e reforçar a relação enfermeiro/cliente os instrumentos pedagógicos a utilizar serão: papéis e canetas.

A metodologia utilizada será interativa.

Como obstáculos previsíveis poderá existir por parte dos clientes uma sensação de que este tipo de técnica não irá ajudar ao seu tratamento e cabe ao profissional assegurar ao cliente que pode desistir a qualquer momento sem ser penalizado no seu tratamento. Também poderá ocorrer faltas às sessões marcadas por desconforto com este tipo de abordagem.

Uma vez que a amostra já estará escolhida de antemão, numa primeira sessão de acolhimento serão aplicados o questionário SADQ-C e a escala SOCRATES 8-D, bem como preenchidos os indicadores de processo da NOC. Isto indicando-nos o grau de severidade da dependência alcoólica, bem como a motivação do cliente e qual o seu *score* atual no que diz respeito ao controlo de riscos – uso de álcool.

2.2. Avaliação da intervenção

Tendo em conta que a qualidade em saúde é uma tarefa multidisciplinar, o Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2001a) assumiu que a medição de resultados é uma forma de validar a eficiência, efetividade e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Em consonância irá proceder-se á avaliação da intervenção através da Classificação NOC (*Nursing Outcomes Classification*) (Moorhead et al., 2013)

Indicadores de resultado

Nova aplicação, no final das sessões, da escala SOCRATES 8-D, com o intuito de apurar se houve alteração na motivação do cliente; bem como análise dos resultados obtidos através da monitorização dos indicadores de processo *Controlo de riscos: Uso de álcool (1903)* segundo a NOC.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela extensão dos danos que acarreta, a perturbação de uso de álcool é um dos grandes problemas atuais de saúde pública, contribuindo para a redução da saúde física e emocional do cliente e da sua família, além de problemas sociais e econômicos.

Não existem soluções simples para ajudar as pessoas a mudar um comportamento, por isso pesquisadores e profissionais da área da saúde procuram constantemente formas mais eficazes de atuar junto a seus clientes. Nos últimos vinte anos houve uma grande evolução no conhecimento a respeito do processo de mudança em si e na descoberta de estratégias de intervenção efetivas na promoção da mudança de comportamento.

Nesse contexto, é importante admitir que a hesitação faz parte da natureza humana e nem todos os clientes estarão preparados, desejosos e aptos para mudar algum hábito ou comportamento. Para esses clientes, pouco preparados, desejosos ou aptos para mudar algum comportamento de risco, a terapia de reforço motivacional propõe-se a ajudar o cliente a resolver a sua ambivalência e desta forma tomar uma decisão que almeje a reabilitação como pessoa e não apenas a abstinência.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aharonovich, E., Hatzenbuehler, M. L., Johnston, B., O'Leary, A., Morgenstern, J., Wainberg, M. L., . . . Hasin, D. S. (2006). A low-cost, sustainable intervention for drinking reduction in the HIV primary care setting. *AIDS Care, 18*(6), 561-568.
- Bazargan-Hejazi, S., Bing, E., Bazargan, M., Der-Martirosian, C., Hardin, E., Bernstein, J., & Bernstein, E. (2005). Original Research: Evaluation of a Brief Intervention in an Inner-City Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine, 46*, 67-76. doi:10.1016/j.annemergmed.2004.10.014
- Breda, J., Almeida, A., & Pinto, A. (1998). Avaliação do Grau de Severidade da Dependência Alcoólica: validação em língua portuguesa do SADQ-C (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire) e do ICQ (Impaired Control Questionnaire). In: Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra.
- Connors, G. J., Donovan, D. M., & DiClemente, C. C. (2001). Substance Abuse Treatment and the Stages of Change - selecting and planning interventions. In. New York: The Guilford Press.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004). Aconselhamento: Usos, abusos e dependências. In (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *COMMUNITY MENTAL HEALTH JOURNAL, 39*(3), 189-202.
- Janeiro, L., Faísca, L., & Miguel, M. (2007). Manual da SOCRATES 8D: Guia de aplicação e interpretação; contributo para a adaptação à população portuguesa. In: Manuscrito não publicado, Universidade do Algarve e Universidade de Sevilha.
- Jungerman, F., & Laranjeira, R. (1999). Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. In: Revista Brasileira de Psiquiatria, vol 40, iss 5, Pp 197-207.
- LaBrie, J. W., Pedersen, E. R., Earleywine, M., & Olsen, H. (2006). Reducing heavy drinking in college males with the decisional balance: Analyzing an element of Motivational Interviewing. *Addictive Behaviors, 31*, 254-263. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.001
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira. In. Lisboa: Lusodidacta.
- Mambriani, S. (1993). La comunicación en las relaciones de ayuda. In. Madrid: San Pablo.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos* (A. Caleffi & C. dornelles, Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). Nursing Outcomes Classification (NOC) - *Measurement of Health Outcomes*. In (5 ed.). St. Louis: ELSEVIER.

- Neeb, K. (2000). Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental. In (1ª ed.). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- NIAAA. (1995). Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. In W. Miller, A. Zwebwn, C. DiClemente, & R. Rychtarik (Eds.), (Vol. 2): U.S. Department of health and human services.
- OE. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos. In C. d. Enfermagem (Ed.). Lisboa: Divulgar.
- Saitz, R., Palfai, T. P., Cheng, D. M., Horton, N. J., Freedner, N., Dukes, K., . . . Samet, J. H. (2007). Brief intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use: a randomized, controlled trial. *Annals Of Internal Medicine*, 146(3), 167-176.
- Stuart, G., & Laraia, M. (2001). Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática. In (6 ed.). Porto Alegre: ARTMED Editora.

ANEXOS

Anexo I

Questionário da Severidade da Dependência Alcoólica (SADQ-C)

(Versão adaptada por Breda, Almeida e Pinto)

Instruções

Por favor, responda às questões que se seguem sobre o seu consumo de álcool assinalando a opção que escolher com um **X**. Recorde nos últimos 3 meses que tenha bebido excessivamente e que seja semelhante aos períodos em que bebe demais, referindo qual o mês e o ano.

Mês: _____ Ano: _____

	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. No dia a seguir ao consumo de álcool, acordo com suores	0	1	2	3
2. No dia a seguir ao consumo de álcool, as minhas mãos tremem logo de manhã	0	1	2	3
3. No dia a seguir ao consumo de álcool, o meu corpo treme violentamente se não tomar uma bebida logo que acordo	0	1	2	3
4. No dia a seguir ao consumo de álcool, acordo encharcado em suor	0	1	2	3
5. No dia a seguir ao consumo de álcool, receio acordar logo de manhã	0	1	2	3
6. No dia a seguir ao consumo de álcool, tenho medo de encontrar as pessoas de manhã	0	1	2	3
7. No dia a seguir ao consumo de álcool, sinto-me à beira do desespero logo que acordo	0	1	2	3
8. No dia a seguir ao consumo de álcool, sinto-me muito amedrontado quando acordo	0	1	2	3
9. No dia a seguir ao consumo de álcool, gosto de tomar uma bebida logo de manhã	0	1	2	3
10. No dia a seguir ao consumo de álcool, tomo de uma golada, as minhas primeiras bebidas matinais o mais rapidamente possível	0	1	2	3
11. No dia a seguir ao consumo de álcool, bebo logo de manhã para não ter tremuras	0	1	2	3
12. No dia a seguir ao consumo de álcool, tenho um desejo muito forte de beber ao acordar	0	1	2	3
13. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de ¼ de uma garrafa de bebida espirituosa, ou 1 litro de vinho, ou 2 litros de cerveja	0	1	2	3
14. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de ½ garrafa de bebida espirituosa, ou 2 litros de vinho, ou 4 litros de cerveja	0	1	2	3
15. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 1 garrafa de bebida espirituosa, ou 4 litro de vinho, ou 8 litros de cerveja	0	1	2	3
16. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 2 garrafas de bebida espirituosa, ou 8 litros de vinho, ou 16 litros de cerveja	0	1	2	3

VSFF

Imagine a seguinte situação: bebeu pouco durante algumas semanas, depois bebeu imenso durante dois dias. Como se sentiria no dia a seguir a esses dois dias de grande consumo de álcool?

	Não	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
17. Começava a suar	0	1	2	3
18. As minhas mãos tremiam	0	1	2	3
19. O meu corpo tremia	0	1	2	3
20. Tinha um desejo enorme de beber	0	1	2	3

©Copyright 1983 by Stockwell, Murphy & Hodgson. All rights reserved.

Anexo II

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

(Versão adaptada por Janeiro, Faisca e Miguel)

Instruções

Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de álcool*. Para cada afirmação assinale com um **X** indicando o quão concorda ou discorda com cada uma delas neste momento. Por favor, coloque um **X** em apenas um dos números relativamente a cada afirmação.

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

©Copyright 1996 by Miller & Tonigan. All rights reserved.

VSFF

Tabela 1. Cotação para cálculo das três subescalas

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

Tabela 2. Percentis para os 3 fatores

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

Janeiro, L., Faísca, L., & Miguel, M. (2007). Manual da SOCRATES 8D: Guia de aplicação e interpretação; contributo para a adaptação à população portuguesa. In: Manuscrito não publicado, Universidade do Algarve e Universidade de Sevilha.

Anexo III

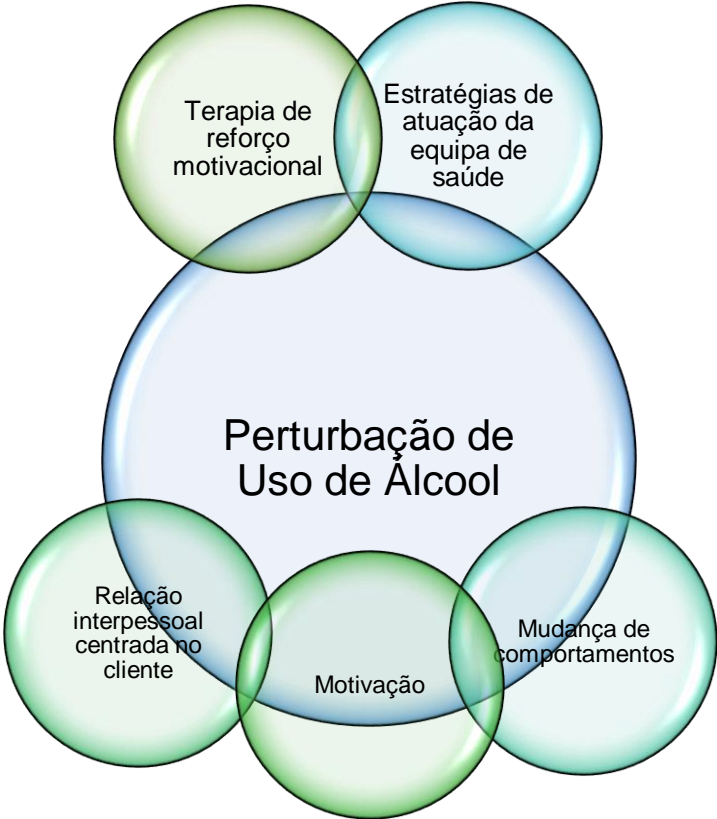
Resultados/Classificação NOC

Controlo de Riscos: Uso de Álcool							1903
Definição: ações para eliminar ou reduzir o uso de álcool que constitui uma ameaça à saúde							
Resultado classificação geral		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Às vezes demonstrado	Muitas vezes demonstrado	Consistentemente demonstrado	
Indicadores:		1	2	3	4	5	NA
190318	Procura informação atual acerca do uso de álcool						
190319	Identifica fatores de risco para o uso inadequado de álcool						
190301	Admite riscos pessoais pelo uso inadequado de álcool						
190302	Admite consequências associadas ao uso inadequado de álcool						
190320	Reconhece capacidade de mudar o comportamento						
190303	Monitoriza o ambiente quanto a fatores que encorajam o uso inadequado de álcool						
190304	Monitoriza padrões pessoais de uso de álcool						
190305	Desenvolve estratégias eficazes para o controlo do uso de álcool						
190306	Ajusta estratégias de controlo de uso de álcool						
190307	Compromete-se com as estratégias de controlo de uso de álcool						
190308	Segue estratégias seleccionadas de controlo de uso de álcool						
190309	Participa em exames para detetar problemas de saúde						
190310	Usa os serviços de saúde coerentes com as necessidades						
190311	Usa sistemas de apoio pessoal para controlo do uso inadequado de álcool						
190312	Usa grupos de apoio para controlo do uso inadequado de álcool						
190313	Usa recursos da comunidade para controlo do uso inadequado de álcool						
190314	Reconhece as alterações no estado geral de saúde						
190315	Monitoriza alterações no estado geral de saúde						
190316	Controla a ingestão de álcool						
Domínio: conhecimento de saúde e comportamento (IV)							
Classe: controlo de riscos e segurança (T)							

APÊNDICES

Apêndice I

Mapa conceptual



Apêndice II

PLANO DA 1ª SESSÃO

Tema

Fornecer um feedback estruturado a partir da avaliação inicial

Objetivos Específicos:

- “ Criar um ambiente favorável à realização da intervenção;
- “ Incentivar a expressão de emoções e sentimentos;
- “ Avaliar qual o estadió de mudança em que o cliente está;
 - Dados colhidos na 1ª avaliação da SOCRATES 8-D;
- “ Dar feedback dos resultados colhidos anteriormente
 - Dados colhidos na 1ª avaliação da SOCRATES 8-D e SADQ;
- “ Estabelecer qual a estratégia apropriada a ser utilizada;
- “ Desenvolver a consciência do problema;
- “ Incentivar a identificação de que o comportamento é problemático;
- “ Incentivar a expressão da preocupação com o comportamento;
- “ Desenvolver a capacidade de expressar o desejo de mudar o comportamento;
- “ Reduzir os obstáculos à mudança;

PLANO DA 2ª SESSÃO

Tema

Motivar para a mudança

Objetivos Específicos:

- “ Criar um ambiente favorável à realização da intervenção;
- “ Incentivar a expressão de emoções e sentimentos;
- “ Desenvolver as discrepâncias entre o comportamento presente e metas declaradas do cliente
 - Dissonância cognitiva;
- “ Encorajar a identificação e elaboração das preocupações;
- “ Reformular preocupações de modo a ligá-las ao problema;
- “ Fornecer informação;
- “ Ajudar a refletir sobre processos que são geralmente automáticos;
- “ Identificar alguns dos aspetos menos bons do comportamento, bem como os bons;
- “ Procurar e apoiar sinais de mudança;

PLANO DA 3ª SESSÃO

Tema

Reforçar o progresso

Objetivos Específicos:

- “ Criar um ambiente favorável à realização da intervenção;
- “ Incentivar a expressão de emoções e sentimentos;
- “ Aumentar a consciência das opções;
- “ Avaliar a importância da mudança para a pessoa
 - Balança decisional, trabalhando os prós e os contras de continuar ou de mudar o comportamento;
- “ Avaliar a confiança da pessoa na capacidade de mudar
 - Escala de Likert, de 1 a 10 a pessoa se posiciona em relação à sua confiança para mudar;
- “ Preparar a pessoa para o término da relação.
 - Falar sobre a relação terapêutica, do que se gostou e do que não se gostou.

PLANO DA 4ª SESSÃO

Tema

Incentivar a reavaliação e fornecer uma perspetiva objetiva sobre o processo de mudança

Objetivos Específicos:

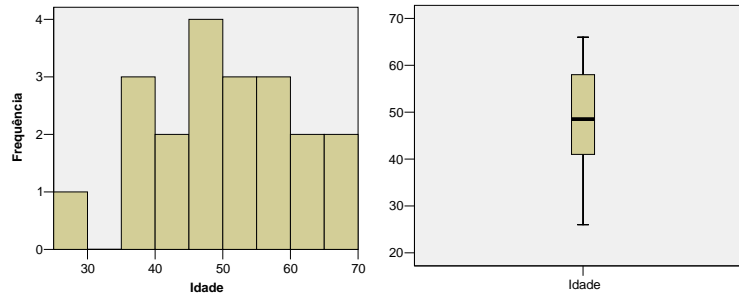
- “ Criar um ambiente favorável à realização da intervenção;
- “ Incentivar a expressão de emoções e sentimentos;
- “ Apoiar a autoeficácia
 - Persuasão verbal, através de reforços positivos
- “ Reforçar o compromisso de mudança;
- “ Avaliar qual o estágio de mudança em que o cliente está
 - Aplicar a SOCRATES 8-D;
- “ Avaliar a eficácia da intervenção
 - Comparação dos resultados obtidos na 1ª avaliação e na 2ª avaliação da escala.

Apêndice VII

Dados estatísticos complementares

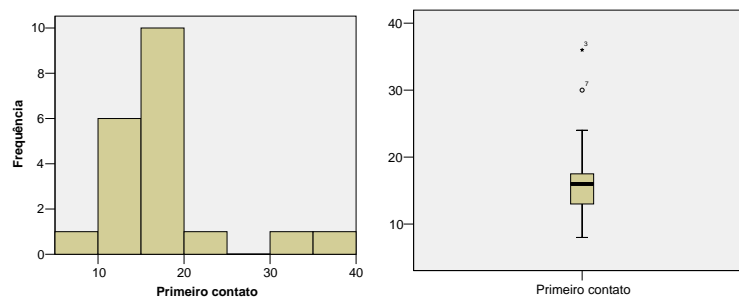
Caracterização sociodemográfica

No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a **distribuição de valores da idade**.



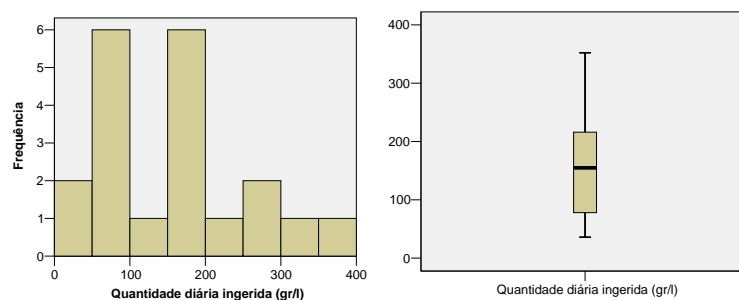
Pode observar-se que a distribuição de valores da idade se verifica principalmente entre 35 e 60 anos.

No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a **distribuição de valores da idade do primeiro contato**.



Pode observar-se que a distribuição de valores da idade do primeiro contato se verifica principalmente entre 10 e 20 anos e que os valores superiores a 25 anos são *outliers*, casos extremos que saem fora da distribuição normal de valores.

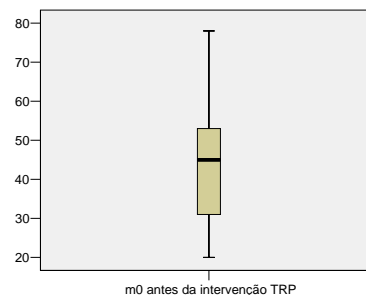
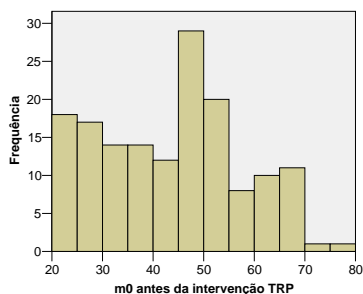
No histograma e diagrama tipo caixa seguintes, ilustra-se a **distribuição de valores da quantidade diária ingerida**.



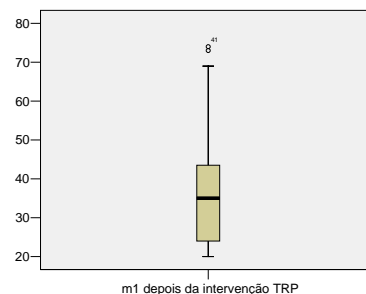
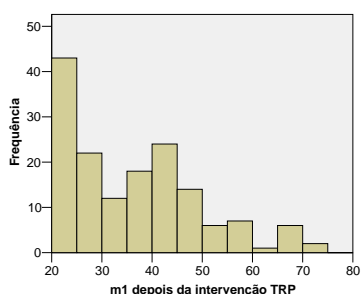
Pode observar-se que a distribuição de valores da quantidade diária ingerida se verifica principalmente entre 36 g e 200 g.

Avaliação da STAY (Forma Y-1) e do Pulso periférico

Nos histogramas e diagramas tipo caixa seguintes, ilustra-se a **distribuição de valores da escala STAI (Forma Y-1) antes e depois da intervenção TRP.**

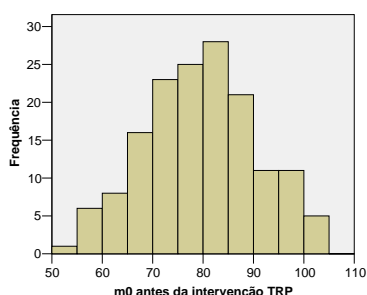


Pode observar-se que a distribuição da Escala STAI Forma Y-1 **antes** da intervenção TRP se verifica principalmente entre 20 e 70.

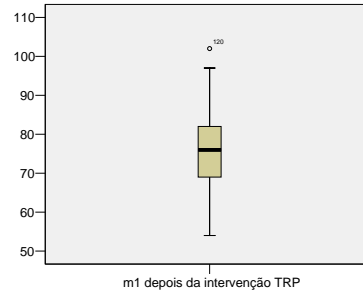
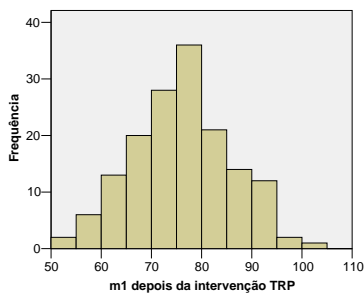


Pode observar-se que a distribuição da Escala STAI Forma Y-1 **depois** da intervenção TRP se verifica principalmente entre 20 e 50 e que os valores superiores a 70 são *outliers*.

Nos histogramas e diagramas tipo caixa seguintes, ilustra-se a **distribuição de valores do pulso periférico antes e depois da intervenção TRP.**

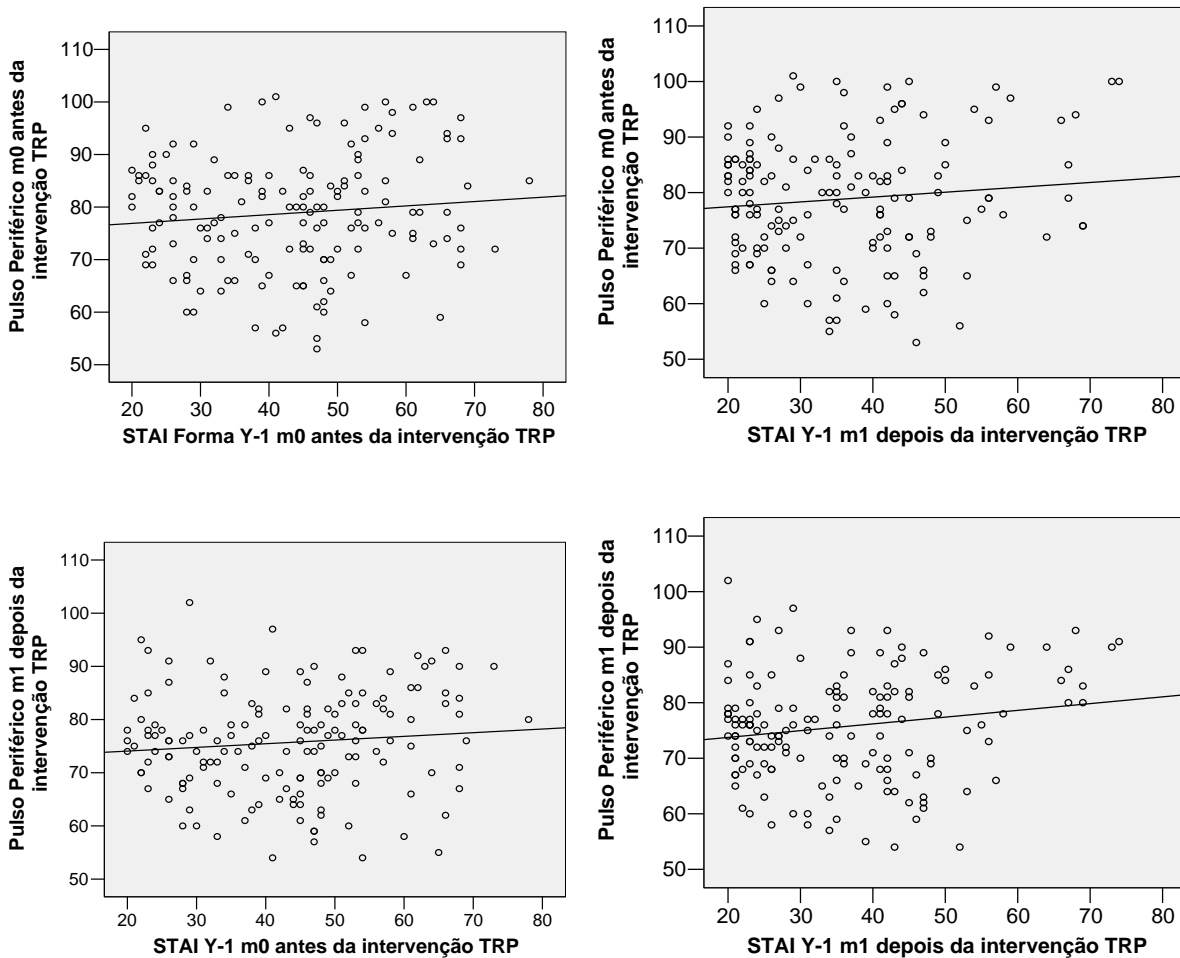


Pode observar-se que a distribuição do pulso periférico **antes** da intervenção TRP se verifica principalmente entre 65 e 100.



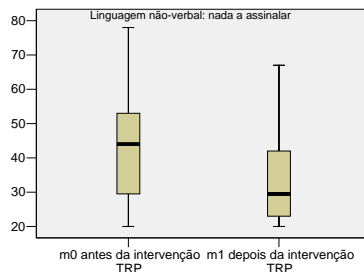
Pode observar-se que a distribuição do pulso periférico **depois** da intervenção TRP se verifica principalmente entre 60 e 95 e que o valor máximo é *outlier*.

Correlações entre a ansiedade-estado e o pulso periférico antes e depois da intervenção TRP



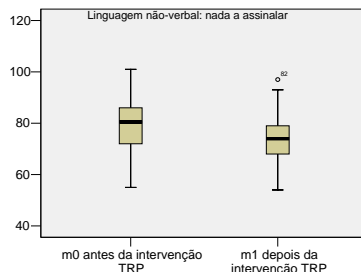
Avaliação da linguagem não-verbal

No diagrama tipo caixa seguinte, ilustra-se a **evolução da ansiedade-estado, antes e depois da intervenção TRP, no grupo em que não há “nada a assinalar”**.



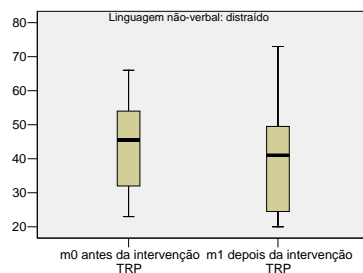
No grupo em que não há “nada a assinalar”, os valores médios e a distribuição de valores da ansiedade-estado diminuem entre m_0 e m_1 , sendo a diminuição estatisticamente significativa. Portanto, podemos concluir que existe uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado antes e depois da intervenção TRP, sendo que a ansiedade-estado diminui.

No diagrama tipo caixa seguinte, ilustra-se a **evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP, no grupo em que não há “nada a assinalar”**.



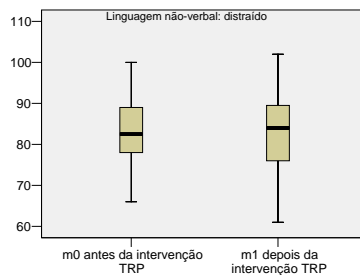
No grupo em que não há “nada a assinalar”, os valores médios e a distribuição de valores do pulso periférico diminuem entre m_0 e m_1 , sendo a diminuição estatisticamente significativa. Portanto, podemos concluir que existe uma relação estatisticamente significativa entre o pulso periférico antes e depois da intervenção TRP, sendo que o pulso periférico diminui.

No diagrama tipo caixa seguinte, ilustra-se a **evolução da ansiedade-estado, antes e depois da intervenção TRP, no grupo “distraído”**.



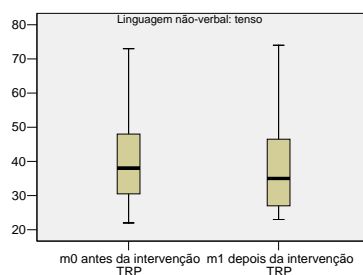
No grupo “distraído”, os valores médios e a distribuição de valores da ansiedade-estado diminuem entre m_0 e m_1 , sendo a diminuição estatisticamente significativa. Portanto, podemos concluir que existe uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado antes e depois da intervenção TRP, sendo que a ansiedade-estado diminui.

No diagrama tipo caixa seguinte, ilustra-se a **evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP, no grupo “distraído”**.



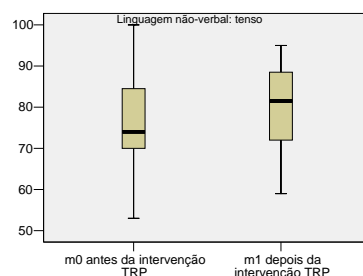
No grupo “distraído”, os valores médios e a distribuição de valores do pulso periférico diminuem ligeiramente entre m_0 e m_1 , mas não sendo a diminuição estatisticamente significativa. Portanto, podemos concluir que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o pulso periférico antes e depois da intervenção TRP, sendo que o pulso periférico se mantém sem alterações significativas.

No diagrama tipo caixa seguinte, ilustra-se a **evolução da ansiedade-estado, antes e depois da intervenção TRP, no grupo “tenso”**.



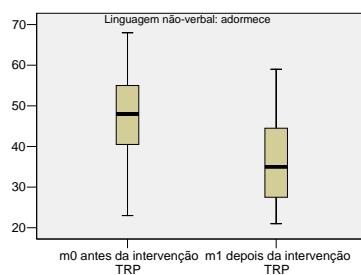
No grupo “tenso”, os valores médios e a distribuição de valores da ansiedade-estado diminuem ligeiramente entre m_0 e m_1 , mas não sendo a diminuição estatisticamente significativa. Portanto, podemos concluir que não existe uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado antes e depois da intervenção TRP, sendo que a ansiedade-estado se mantém sem alterações significativas.

No diagrama tipo caixa seguinte, ilustra-se a **evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP, no grupo “tenso”**.



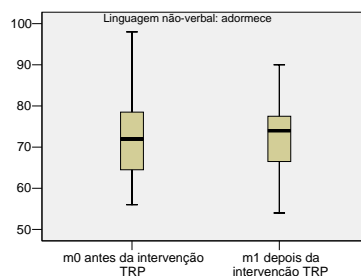
No grupo “tenso”, os valores médios e a distribuição de valores do pulso periférico aumentam ligeiramente entre m_0 e m_1 , mas não sendo o aumento estatisticamente significativo. Portanto, podemos concluir que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o pulso periférico antes e depois da intervenção TRP, sendo que o pulso periférico se mantém sem alterações significativas.

No diagrama tipo caixa seguinte, ilustra-se a **evolução da ansiedade-estado, antes e depois da intervenção TRP, no grupo que “adormece”**.



No grupo que “adormece”, os valores médios e a distribuição de valores da ansiedade-estado diminuem entre m_0 e m_1 , sendo a diminuição estatisticamente significativa. Portanto, podemos concluir que existe uma relação estatisticamente significativa entre a ansiedade-estado antes e depois da intervenção TRP, sendo que a ansiedade-estado diminui.

No diagrama tipo caixa seguinte, ilustra-se a **evolução do pulso periférico, antes e depois da intervenção TRP, no grupo que “adormece”**.



No grupo que “adormece”, os valores médios e a distribuição de valores do pulso periférico quase não se alteram entre m_0 e m_1 , não existindo diferenças significativas. Portanto, podemos concluir que não existe uma relação estatisticamente significativa entre o pulso periférico antes e depois da intervenção TRP, sendo que o pulso periférico se mantém sem alterações significativas.

Apêndice VIII

Portfólio reflexivo

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiatria

Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Portfólio Reflexivo

Autor: Célia Maria Matias Esteves nº6676

ÍNDICE

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA	193
1. DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO	194
1.1. Reflexão nº1	194
1.2. Reflexão nº2	195
1.3. Reflexão nº3	199
1.4. Reflexão nº4	202
2. DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM EM CONTEXTO DE AMBULATÓRIO	204
2.1. Reflexão nº1	204
2.2. Reflexão nº2	205
2.3. Reflexão nº3	207
2.4. Reflexão nº4	209
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	211
4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	212

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente portfólio reflexivo pretende sintetizar um conjunto de reflexões desenvolvidas ao longo do Estágio de Saúde Mental e Psiquiatria, envolvendo ambos os contextos do estágio – internamento e ambulatório.

Este documento tem como objetivo evidenciar os vários temas que suscitaram uma reflexão mais profunda ao longo do meu percurso de desenvolvimento como futura enfermeira EESMP.

No primeiro e segundo capítulo respetivamente, são apresentadas um conjunto de reflexões que surgem das diferentes interações com diferentes clientes em contexto de internamento e em contexto de ambulatório. Na conclusão farei uma avaliação das aprendizagens concretizadas nos jornais de aprendizagem elaborados.

1. DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO

1.1. Reflexão nº1

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

No primeiro dia de estágio saí de casa cheia de confiança e expectativa. Pelo caminho ia mentalmente interrogando-me de como seria, de como reagiria a esta nova situação. Estava na expectativa. Chegada á Unidade de Alcoologia iniciei o meu percurso formativo de aluna/enfermeira.

A certa altura do dia dei por mim a pensar no porquê da minha escolha, porquê esta área? Porquê a Alcoologia e os Comportamentos Aditivos? Até aqui, pensava eu, tudo tinha sido de certa maneira “encadeado” para esta área da saúde mental quase de maneira accidental.

O primeiro trabalho escrito foi de Enfermagem e Políticas de Saúde e o tema escolhido pelo grupo recaiu no Álcool como um Problema Político, Social e de Saúde Mental; no serviço havia dois colegas vindos desta área e tinha também terminado de frequentar um curso sobre violência e todos os seus contornos.

Sendo a primeira competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental deter “um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional” (OE, 2010b, p.3), ao refletir no assunto percebo que esta escolha não foi por acaso nem tão pouco accidental. Foi premeditada.

Na minha prática diária sou por natureza curiosa, imaginativa e espontânea, privilegiando uma visão abrangente e criativa daquilo que me rodeia preocupando-me sempre com o bem-estar do outro procurando dar respostas às suas necessidades. Tento estabelecer relações de confiança e parceria com os clientes no sentido de promover a sua recuperação e qualidade de vida, no entanto noto que por vezes, com alguns clientes e em determinadas situações um pedaço de mim é absorvido por aquela pessoa. Por vezes não consigo o distanciamento suficiente e isso torna-se doloroso para mim.

Como exerço funções num serviço de internamento de psiquiatria de agudos, já estava familiarizada com o cliente com doença mental e com as várias patologias existentes. Por questões pessoais e familiares hoje reconheço que não iria dirigir o meu projeto para os comportamentos da esfera suicidária, demências ou para as psicoses. São áreas demasiado próximas e dolorosas.

Todas as pessoas têm cicatrizes, como de fossem mapas secretos das nossas histórias pessoais. A maioria das nossas feridas cura-se, deixando nada mais do que uma marca. Mas por vezes algumas delas, não. Algumas feridas, acompanham-nos para todos os lugares ... e embora tenha já passado muito tempo, a dor ainda persiste. Talvez estas feridas nos ensinem alguma coisa. Elas lembram-nos onde estivemos e o que superamos. Ensinam-nos lições sobre o que evitar no futuro.

É assim que gosto de pensar, por isso chego á conclusão de que a área da Alcoologia me atraiu porque não me toca a um nível tão pessoal. Talvez assim consiga o distanciamento necessário para poder proporcionar “que a pessoa, durante o processo terapêutico, viva experiências gratificantes quer na relação intrapessoal quer nas relações interpessoais”(OE, 2010b).

Deste modo penso que poderei explorar todo o meu potencial mobilizando-me como instrumento terapêutico, sem me sentir retraída ou magoada por estar a remexer em sentimentos demasiados angustiantes.

1.2. Reflexão nº2

“O que existe mais frágil do que a Vida? E mais protetor do que os Cuidados?”

Lucília Nunes

Na UA as admissões são todas programadas. Antes da admissão de um cliente, este é avaliado quer a nível físico (sintomas de abstinência) quer a nível psicológico (motivação para o tratamento) pela enfermeira. Posteriormente é transmitido ao médico a sua avaliação. Neste caso, após a avaliação a enfermeira concluiu que o cliente precisaria de cuidados especializados e de uma maior vigilância no início do seu tratamento. Nesta unidade só existe um quarto de SO e nesse momento estava ocupado por um outro cliente que ainda não poderia sair. Ao ser transmitido ao médico a situação este concordou e fez-se uma reunião com o

cliente e o seu familiar, onde lhes foi explicado a necessidade de uma vigilância mais apertada e que de momento esta não seria possível e o porquê. Ambos compreenderam e aceitaram a explicação e ficou programada nova data para o internamento.

Onde exerço funções a decisão de internamento é comunicada pelo médico e consoante as vagas e cuidados necessários os enfermeiros procedem à alocação do cliente no serviço.

Sendo esta uma situação completamente nova para mim algumas perguntas se me colocam:

- O que é eticamente correto? Admitir o cliente sabendo que não se reúnem as condições necessárias para o seu tratamento havendo um compromisso por parte da equipa de uma data de internamento posterior, onde já se sabe que irá ser possível prestar os cuidados necessários de forma adequada e segura para o cliente? Ou proceder ao internamento na esperança de que tudo corra bem e que não seja preciso o nível de vigilância antecipado/calculado?

A tomada de decisão que sentimento acarreta? Foi a decisão certa? Estará o cliente seguro durante mais uma semana? Não seria melhor ter efetuado a sua admissão?

Quase tudo o que o enfermeiro faz envolve decisões. Os enfermeiros defrontam-se diariamente e de forma sistemática com a obrigatoriedade de tomar decisões no contexto da ação de forma a prevenir, minimizar e corrigir situações instáveis nos seus serviços (M. J. Lopes, 2006; Tanner, 2006).

São decisões em que têm que considerar em simultâneo o respeito pela singularidade do cliente e do pelo seu contexto circundante, feitas de forma precisa por forma a otimizar os resultados esperados. Penso que aqui o pensamento crítico tem um papel preponderante pois “clarifica objetivos, examina suposições, revela valores escondidos, avalia a evidência, realiza ações, e avalia conclusões” (Alfaro-LeFevre, 2013, p.2).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental tem como segunda competência específica assistir “a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”, para tal o processo de avaliação “exige a mobilização de aptidões de comunicação, sensibilidade cultural linguística, técnica de entrevista, de observação do comportamento, de revisão dos registos, avaliação abrangente do cliente e dos sistemas relevantes” (OE, 2010b).

E por vezes tomar a decisão certa tendo por base a informação disponível no momento, nunca foi ou será fácil e poderá ter resultados indesejáveis. No entanto julgo que a experiência com uma população específica de clientes permite ao enfermeiro criar uma base de comparação bem como um conjunto de expectativas e suposições, em relação àquela população. Ou seja, os conhecimentos preexistentes e os novos orientam o foco da atenção do enfermeiro permitindo-lhe desenvolver um *background* e compreensão únicas.

Então que modelos existem para a tomada de decisão em Enfermagem? Vários autores falam da tomada de decisão, no entanto Banning (2007) agrupa as teorias existentes em três modelos: o modelo de processamento de informação, o modelo intuitivo-humanista e o modelo de tomada de decisão de O'Neill.

O modelo de processamento de informação é o um modelo essencialmente biomédico, hipotético-dedutivo, completamente racional e dedutivo. O enfermeiro toma a decisão após várias etapas: o reconhecimento da situação, geração de hipóteses, interpretação e avaliação das hipóteses geradas. Neste modelo, ter um conhecimento profundo da história do cliente é essencial, mas por vezes não é possível, sendo esta uma das suas principais limitações. Este modelo, no entanto, não valoriza a experiência do enfermeiro.

O modelo intuitivo-humanista tem como foco a intuição e a sua relação com a experiência do enfermeiro. Uma das precursoras deste modelo é Benner que refere que os enfermeiros iniciados necessitam de *guidelines* para tomar decisões, mas à medida que ganham experiência e chegam a peritos, as decisões têm por base a intuição.

O modelo de tomada de decisão de O'Neill apresenta uma componente racional, em que o enfermeiro deve investigar, quando possível, a história do cliente, antecipando e controlando possíveis riscos, providenciar os cuidados de enfermagem e gerar hipóteses sobre qualquer modificação ou alteração do estado do cliente, seguido da respetiva intervenção. O conhecimento profundo do cliente funciona como forma de prevenir potenciais riscos. No entanto, e ao longo da experiência o enfermeiro vai ganhando uma certa sensibilidade para compreender qual a probabilidade de o cliente deteriorar o seu estado de saúde, baseado na sua intuição. Desta forma, este modelo consegue cumprir o melhor dos dois anteriores modelos, sendo também o mais recente (Banning, 2007).

Neste caso específico que descrevi, penso que o modelo adotado foi o modelo de tomada de decisão de O'Neill. Durante todo o processo observei a enfermeira a investigar a história do cliente, a antecipar potenciais riscos e mediante a sua experiência e sensibilidade alertou o médico para a situação.

Esta situação, como já referi é nova para mim. No entanto em vez de me causar estranheza, visto ser uma situação pouco habitual, encheu-me de orgulho uma vez que me revii nesta enfermagem com poder decisório e respeitada pela equipa multidisciplinar. Esta é a minha conceção da Enfermagem, com decisões fundamentadas, individualizadas, centradas no cliente e respeitadas pelos restantes pares. Quando sabemos o que fazemos, e porquê o fazemos, torna-se tudo muito mais claro. E penso que os que nos rodeiam, sejam os clientes, as famílias, os colegas ou elementos da equipa multidisciplinar, olham-nos com outra perspetiva e conquistamos o seu respeito e o nosso lugar na Enfermagem.

No entanto isto remete-me para uma nova questão: a responsabilidade e autonomia. Ao longo do meu percurso profissional sempre me pautei por ser responsável e autónoma nas minhas decisões e nesta situação, confesso que fiquei muito orgulhosa da enfermeira e da Enfermagem em geral.

Segundo o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros onde se insere o Código Deontológico da profissão, este define e atesta a importância e o dever do enfermeiro em responsabilizar-se pela sua tomada de decisão assim como pelas suas intervenções, tendo sempre como objetivo proteger e defender o cliente/família (OE, 2012). No entanto as intervenções do enfermeiro são de dois tipos, autónomas e interdependentes, sendo que a diferença entre ambas está em quem tem a iniciativa para a intervenção. Ao trabalhar em articulação com os outros profissionais da equipa multidisciplinar, o enfermeiro tem o dever de corresponsabilizar-se, estando a autonomia presente na sua tomada de decisão (Nunes, 2006).

É essencial que os enfermeiros assumam os riscos inerentes às tomadas de decisão, exerçam a sua responsabilidade com base na deontologia profissional, tendo sempre presente a defesa dos direitos dos clientes.

É no confronto com uma situação que põe em causa a proteção individual da pessoa, que se origina a tomada de decisão ética em enfermagem. Formalmente na tomada de decisão ética partimos dos princípios éticos hoje aceites em cuidados de saúde (Autonomia, Justiça, Beneficência e Não-maleficência), assim como dos valores profissionais enunciados no Código Deontológico. Deste modo cada

enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos de ética, a sua experiência de vida, a sua sensibilidade moral, as suas habilidades e capacidade cognitivas e de raciocínio, assim como a sua personalidade para tomar a sua decisão.

Quando confrontada com a necessidade de tomar decisões, sei que existe a possibilidade de cometer erros e certamente que já os cometi. No entanto penso que aprendi as minhas próprias lições.

Atualmente encaro as decisões que tenho de tomar como se estivesse a projetar as possibilidades de Hoje nas consequências de Amanhã. Até finalmente entender que mesmo o maior fracasso, mesmo o pior, supera o meu medo de nunca ter tentado. Isto porque em alguns momentos da minha vida já decidi e quando tomar uma decisão novamente, conhecendo-me, sei que me vou focar preferencialmente no propósito e no impacto que as mesmas terão nos clientes procurando chegar a consensos que sejam benéficos para todos os envolvidos.

Penso que para tomar uma decisão consciente, fundamentada e responsável, como futura enfermeira especialista devo assegurar sempre a aquisição de conhecimentos, mobilizá-los e aprender a detetar precocemente a instabilidade do cliente, quando possível. E para isso a experiência é também um fator essencial.

1.3. Reflexão nº3

“Por fim, os pacientes têm controlo decisório sobre os seus cuidados, tendo em conta as expectativas do indivíduo de ter o poder de participar na tomada de decisão para a obtenção de efeitos desejáveis.”

(Suhonen, Välimäki, & Leino-Kilpi, 2008)

Durante uma sessão psicoeducativa subordinada ao tema “Dissulfiram” feita por uma enfermeira especialista do serviço, dou por mim a reparar no nível de linguagem utilizada, a maneira de como o conteúdo da informação é explicado, a desmistificação de conceitos e preconceitos e a validação do nível de compreensão obtido por parte do grupo.

Tudo isto me fez refletir no propósito fundamental da psicoeducação.

Será transmitir informação? Muito redutor...

Capacitar o cliente sobre algo? Concordo mais com esta faceta.

Tendo como principal proposta educar, a psicoeducação possibilita novos conhecimentos e também fortalece o vínculo entre enfermeiros e clientes, facilitando deste modo a compreensão dos seus problemas. Ao esclarecer dúvidas e mostrando-lhes que têm um papel ativo na sua terapia o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental “presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2010b, p.3).

Penso que o uso da psicoeducação torna-se necessário para ampliar a adesão ao tratamento e para melhorar o desfecho a longo prazo. Além disso, é um elemento chave para uma boa prática e cobre um direito fundamental dos nossos clientes: o direito à informação. Desta forma tende a considerar-se o cliente como parceiro equitativo na equipa de saúde, o que é fundamental para diminuir o desnivelamento de poder e de participação. Esta relação de confiança e abertura, bem como o compromisso de valorização dos clientes deve ser alcançada tendo por base valores e princípios éticos, adotando novas perspectivas de cuidados em que são partilhados conhecimentos.

Segundo Colom & Vieta (2004) citados por Figueiredo, Souza, Dell’Áglio, & Argimon (2009, p.17) a psicoeducação consiste numa intervenção que se caracteriza por “informar ao paciente dados sobre o seu diagnóstico. Estas informações abrangem a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico, entre outras”. Auxilia assim o cliente a compreender a doença, ou seja, desenvolve o seu autoconhecimento entendendo a associação entre os sintomas, as suas características de personalidade e temperamento, bem como os efeitos colaterais da medicação.

Sendo assim a psicoeducação reporta-se à responsabilização dos clientes pelo seu plano terapêutico, ajudando-os a ter uma participação ativa e a sentirem-se empenhados, o que se torna fundamental para o êxito do tratamento. Por isso, para participar nos processos de tomada de decisão sobre os assuntos que lhe dizem respeito, é necessário que a pessoa esteja empossada de saber e poder – *empowerment*.

Segundo a (OE, 2011, p. 14) “*empowerment* para a saúde individual refere-se principalmente à capacidade do indivíduo para tomar decisões e exercer controlo sobre a sua vida pessoal.”

Julgo que o *empowerment* deve ser uma ferramenta catalisadora da relação terapêutica, uma vez que permite o desenvolvimento de novas competências, possibilitando a aquisição de um novo sentido para a vida. Para mim é possível considerar que a dimensão terapêutica do *empowerment*, ao nível das intervenções especializadas de enfermagem, tem o seu âmago na complexidade da relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente. Torna-se um veículo mobilizador das capacidades do cliente tendo claras implicações a nível da gestão da sua doença.

Esta conceptualização da relação terapêutica, para mim, traduz-se num novo paradigma de transferência de poder do enfermeiro para o doente, através da capacitação. Penso ser muito importante não perder de vista a consciência racional e a livre vontade, porque sei que estas permitem ao homem agir de uma forma livre e criadora, numa sinergia que pressupõe o consentimento e o respeito pelos outros, sendo dado ao cliente o direito de participar nos seus cuidados.

No entanto noto, que por vezes existem clientes que se encontram um pouco renitentes a essa transferência de poder. Por vezes querem mesmo só que alguém tome a decisão por eles ou seguir uma opinião, um conselho. Não querem assumir a responsabilidade sobre si. Respeito, mas para mim é curioso, pois penso que para essas pessoas é-lhes difícil saber o que dizer ou como pedir o que realmente precisam.

Em algum ponto todos nós temos que escolher: devemos ficar para trás agarrados ao que já sabemos ou damos um passo à frente na direção de algo novo? É difícil e é nossa história que nos molda ... que nos guia. Por isso tento sempre lembrar-me, que às vezes, a história mais importante é a história que estou a fazer no momento.

Como futura enfermeira especialista ao realizar sessões psicoeducativas terei sempre em mente de que esta é uma ferramenta essencial de capacitação e responsabilização do cliente de modo a que este tome controlo das suas decisões, mas plenamente esclarecido e informado. Acolher a mudança, de modo a poder moldar a sua ou a minha própria história.

Pois, tal como eles, apesar de não gostar da mudança, de me sentir desconfortável nunca poderei impedir que ela venha. E a única maneira de me ver livre das sombras é acender a luz...

1.4. Reflexão nº4

“Uma pessoa pode pensar sem sentir, mas não sente sem pensar.”

Augusto Cury

Quando reflito sobre o estágio na UA não consigo deixar de pensar o quanto influenciemos as pessoas à nossa volta. Ou o quanto elas nos influenciam.

Um dos objetivos a que me propus foi o de aprofundar e desenvolver competências especializadas na área da saúde mental e psiquiátrica, sendo uma das atividades a desenvolver o estabelecimento da relação terapêutica com os clientes. As sessões de relaxamento foram uma ótima oportunidade para tal. Mas reconheço que ao início pensava que não o ia conseguir. Estar lá só para o relaxamento, estar naquele momento só para eles, sem outras preocupações ou outros pensamentos. Confesso que por vezes foi difícil, mas descobri que não me é de todo impossível! Quando conseguia fazer isso as sessões corriam muito melhor.

Apesar da técnica de relaxamento estar inserida nos modelos cognitivo-comportamentais, uma vez que tem como objetivo “dar controle ao indivíduo sobre a sua vida, para resolver problemas interpessoais, emocionais e de decisões entre outros” (Guerra et al., 2014, pág.97) a orientação que segui foi o modelo de Yalom que enfatiza os princípios humanistas, valorizando o feedback e a coesão como instrumentos fundamentais no processo terapêutico e na qual me revejo. Segundo Yalom “o grupo terapêutico oferece não uma terapia individual diluída mas, pelo contrário, uma maior possibilidade de mudanças e trocas terapêuticas diversificadas que não ocorrem individualmente” (Guerra et al., 2014, pág.87). Nas sessões de relaxamento ficou para mim visível a ligação terapêutica estabelecida entre os membros e o líder (neste caso, eu) uma vez que sempre agi de forma genuína, empática e de aceitação incondicional. Como a parte comportamental desta técnica se centra mais no ensino, treino e execução da técnica, ao ser eu própria revelando autenticidade e congruência com os meus princípios penso ter-me adaptado bem ao contexto da dinâmica do grupo.

As sessões de relaxamento são um momento único onde existe um bem-estar físico e mental. Após a sessão, no momento em que os clientes se encontravam mais relaxados fisicamente, a nível psicológico por vezes também se quebravam barreiras e nesse momento a expressão de sentimentos quer positivos ou negativos

ficava de certa maneira mais facilitada. Esta vulnerabilidade proporcionava a partilha de emoções que até aí estavam escondidas, levando ao estabelecimento de relações interpessoais ricas.

Era com alegria que verificava essa confiança, tanto depositada em mim como nos restantes membros do grupo. Eram momentos de partilha que eu ansiava e acarinhava, procurando sempre manter essa linha de comunicação por forma a incentivar as relações de ajuda que surgiam fora das sessões. Julgo que ao verem-me como uma pessoa disponível para ouvir e compreender os outros revela em mim uma capacidade de ser genuína numa comunicação aberta.

No entanto, por vezes, em certos clientes era frequente haver alguma resistência relativamente em aceitar a sua adição e concomitantemente todo o programa estabelecido para a sua recuperação. Sendo isso também visível nas sessões de relaxamento, que eram encaradas como mais um momento para uma sesta...

Não se recai de um dia para o outro. Recai-se em atitudes e ao estarem com uma atitude de desvalorização (é só uma sesta) já estão a preparar a recaída. Isto remete para a motivação destes clientes. Claramente em ambivalência.

Nestas situações o que sentia quando os clientes não estavam minimamente empenhados? Frustração... Zanga... só me apetecia pô-los fora da sala! Contudo tentava sempre uma abordagem de maneira a facilitar ao cliente encontrar de forma crítica um espaço natural para que ele pudesse mudar os comportamentos. Sempre aceitando a postura do cliente, tentando entendê-lo sem preconceitos ou julgamento, através da escuta reflexiva, procurava evidenciar a distância entre o onde está e o onde ele gostaria de estar. Procurando e apoiando sinais de mudança trabalhava a motivação ajudando-o na reflexão sobre alguns aspetos menos bons, bem como os bons.

Concluindo, penso que fui capaz de me descobrir sem medo, apesar de estar ciente que pontualmente sinto a necessidade de utilizar fachadas, mas sei que essa não é a minha essência.

Uma vez ouvi a seguinte frase: o pessimista olha para baixo e perde a cabeça, o otimista olha para cima e perde o equilíbrio e o realista olha para a frente e ajusta o seu caminho em conformidade. Revejo-me no realista, pois vou-me adaptando conforme as situações que surgem. Penso que esta frase é um eco da minha vida. No fundo resume a minha postura pessoal e profissional.

2. DIÁRIOS DE APRENDIZAGEM EM CONTEXTO DE AMBULATÓRIO

2.1. Reflexão nº1

"Acabara de dar-se conta de que existem duas coisas que impedem uma pessoa de realizar os seus sonhos: achar que eles são impossíveis, ou, através de uma súbita reviravolta na roda do destino, vê-los transformar-se em algo possível quando menos se espera. Pois nesse momento surge o medo de um caminho que não se sabe onde vai dar, de uma vida com desafios desconhecidos, da possibilidade que as coisas com que estamos acostumados desapareçam para sempre. As pessoas querem mudar tudo, e ao mesmo tempo desejam que tudo continue igual."

in O Demônio e a Senhorita Prym, de Paulo Coelho

Estas poucas palavras refletem na perfeição o que ando a sentir. Com o término do estágio anterior senti que estava mais próxima da "meta", mas neste momento começo a pensar que talvez não seja capaz, que tenho medo da mudança e de não conseguir ter coragem para "dar o salto". Por outro lado, também anseio os desafios que me esperam, pois sei que me farão crescer. Acho que só mesmo passando por esta nova experiência é que vou tirar esta dúvida.

Quando em dezembro me foi proposto uma nova abordagem ao cliente com perturbação de uso de álcool, através da elaboração e operacionalização de um plano de sessões individuais de reforço motivacional, o meu primeiro sentimento foi de receio, mas o que me estavam a propor fazia-me sentido. Uma vez que no estágio anterior trabalhei a vertente grupal neste iria trabalhar a vertente individual.

No entanto num segundo momento, as emoções começaram a mudar, os meus medos começaram a aflorar. Será que sou capaz? Estarei realmente preparada para isto? Afianço que as respostas a estas perguntas não eram muito positivas, mas após uma conversa com os meus colegas, onde eu mostrei os meus receios, eles fizeram-me refletir sobre as mudanças que já aconteceram no meu percurso profissional e académico. Então porque ter medo?

Sem dúvida que ainda com algum receio, mas não com medo, iniciei o primeiro dia de estágio. Foi estranho, uma vez que estava habituada à intervenção grupal onde o próprio grupo terapêutico "oferece não uma terapia individual diluída

mas, pelo contrário, uma maior possibilidade de mudanças e trocas terapêuticas diversificadas que não ocorrem individualmente” (Guerra et al., 2014, pág.87).

Subitamente estava num gabinete com uma cliente para uma intervenção individual de reforço motivacional, onde teria como base os princípios da entrevista motivacional. Reconhecer a dinâmica individual da prontidão de um cliente para mudar o comportamento é parte integrante dessa abordagem. E isto não é fácil e requer um forte senso de objetivo e direção com o qual não estou ainda familiarizada.

Este tipo de abordagem centrada no cliente tem como objetivo ajudar o cliente a comprometer-se e a tomar a decisão de mudar comportamentos arriscados ou pouco saudáveis. No entanto tive a “sorte” desta primeira intervenção ser com uma cliente com a qual a equipa tem vindo a trabalhar e esta estar já muito motivada e até já ter efetuado algumas mudanças no seu comportamento.

Foi um alívio, reconheço.

Volto novamente ao pensamento inicial, ao contrário desta cliente, quero mudar tudo e ao mesmo tempo desejo que tudo continue igual...

2.2. Reflexão nº2

“Durante anos, porém, os passos de meu marido ecoaram como a mais sombria ameaça. Eu queria fechar a porta, mas era por pânico. Meu homem chegava do bar mais sequioso do que quando fora. Cumpria o fel de seu querer: me vergastava com socos e chutos. No final, quem chorava era ele para que eu sentisse pena das suas mágoas. Eu era culpada das suas culpas.”

in O fio das missangas de Mia Couto

Ao ser confrontada com um cliente encaminhado por ordem judicial, no contexto de violência doméstica para tratamento da sua patologia aditiva, confesso que retraí a minha atitude e automaticamente dei por mim a fazer juízos de valor sustentados por crenças. Quem bebe normalmente é violento e quando chega a casa...

Sei que a ingestão de bebidas alcoólicas não conduz a atos criminosos na maioria dos indivíduos, mas por outro lado o álcool altera as funções cognitivas (perceção, raciocínio, coordenação motora) promovendo a imprevisibilidade dos

comportamentos e afetos, podendo o consumo de álcool ser considerado um fator de risco nos casos de violência doméstica. E como afirma Haugland (2005), o álcool arruína importantes rituais e rotinas familiares. A este respeito Johnson (2001) demonstrou, nos seus estudos, que o alcoolismo num dos progenitores está associado a maior ocorrência de conflitos latentes e coesão muito baixa entre os elementos do sistema.

No momento revi a minha postura e decidi, escutar o cliente que estava à minha frente e que pedia ajuda. Durante a interação foi ficando nítido que este senhor apesar de reconhecer o ato não reconhecia o seu comportamento aditivo em relação ao álcool, mas apesar disso estava aparentemente disposto a mudar os seus comportamentos não mostrando ressentimento ou zanga.

No entanto houve uma questão que se manteve na minha cabeça durante toda a interação: Como se motiva alguém que não recorre voluntariamente ao tratamento, mas sim para cumprir uma obrigação judicial? Não será esta coação uma “ameaça” a pairar sobre todo o processo terapêutico?

A minha vontade era a de o confrontar com o seu comportamento..., no entanto um dos princípios da entrevista motivacional é evitar a argumentação.

Segundo Miller & Rollnick (2001) a confrontação é uma armadilha na qual não se deve cair, uma vez que aumenta a resistência dos clientes e a sua relutância em mudar. Este cliente, claramente em ambivalência, sente-se dividido em relação á sua situação. Quer e não quer, pensa que talvez devesse mudar, mas mesmo assim tem relutância em abandonar o seu padrão de comportamento habitual.

“Duas das estratégias centrais da entrevista motivacional – a escuta reflexiva e a estimulação de afirmações automotivacionais – são boas abordagens para evitar-se esse problema” (Miller & Rollnick, 2001, p.74), mas sei que a hesitação faz parte da natureza humana e nem todos estão preparados, desejosos e habilitados para mudar hábitos ou comportamentos.

Penso que a forma de como vou comunicar com este cliente, pode e vai constituir um fator decisivo para o sucesso do seu reforço motivacional. Está na minha mão interessar-me e valorizar o potencial deste cliente, respeitando as suas particularidades e unicidade, para que ele não se sinta de alguma forma julgado e permaneça renitente à mudança.

2.3. Reflexão nº3

“Em chinês, o termo Wu Wei descreve um aspecto da filosofia taoista que diz que a forma mais adequada de agir é não forçar, mas tendo em conta que não forçar não é o mesmo que não fazer nada”.

Autor desconhecido

Numa das interações dei por mim a “tentar fazer ver” ao cliente de que a sua perspectiva estava errada. De que ele tinha um problema, mas que não o admitia. Nesse momento apercebi-me que estava a ir longe demais confrontando-o e que ele estava a ficar zangado comigo.

Fiquei surpreendida, confesso, uma vez que ele estava a negar o seu problema e isso já me estava a irritar. Parei e pensei: se não argumento então o que faço? Como alterar a perceção que ele tem sobre o seu problema? Acima de tudo tenho de respeitá-lo uma vez que a decisão é dele. No entanto posso oferecer-lhe novas perspectivas, mas que não sejam impostas. De tudo o que é dito ele irá ficar com o que quiser e irá deixar o resto para trás.

Na entrevista motivacional deve-se devolver a questão ou problema ao cliente e era precisamente isso que eu não estava a fazer, por isso estava a notar um aumento da resistência por parte dele. Não estava a ter em atenção que o cliente é uma pessoa capaz e com ideias próprias importantes para os seus próprios problemas. Não estava a utilizar o cliente como um recurso valioso na procura de soluções.

Fluir com a resistência é a chave, ao contrário de a enfrentar. Temos de reconhecer qual o momento em que o cliente está e saber usá-lo em vez de irmos contra ele.

E é aqui que a entrevista motivacional difere tanto da abordagem tradicional de confronto. Segundo Miller & Rollnick (2001) existem algumas estratégias para lidar com a resistência:

- Reflexão simples: constatar que o cliente discorda ou que ele sente algo. Isto permite explorar melhor a situação ao invés de aumentar as suas defesas;

- Reflexão amplificada: devolver ao cliente o que ele disse de uma forma amplificada ou quase exagerada. No entanto não se deve ser sarcástico deve-se fazê-lo de forma direta e apropriada, de forma a apoiar o cliente;
- Reflexão de dois lados: abordagem baseada na escuta reflexiva, constatando o que o cliente quis dizer e acrescentar a isso o outro lado da ambivalência do cliente.
- Mudança de foco: desviar o foco da atenção do cliente de algo que parece ser uma barreira para a sua evolução, ou seja contornar as barreiras;
- Concordância com algo mais: concordar, mas mesmo assim sugerir uma mudança sutil de caminho de modo a permitir influenciar a direção e a força da mudança;
- Ênfase no controle e na escolha pessoal: assegurar ao cliente que, no fim de contas, quem tem a última palavra é ele. É o cliente que muda se quiser, ele tem liberdade em determinar o que acontece no futuro;
- Reformulação: colocando os comentários do cliente noutra contexto ou dar-lhe outra interpretação, alterando o seu sentido. Reconhece-se assim a validade das observações do cliente, oferecendo-se um novo sentido para elas;
- Paradoxo terapêutico: concordar com o cliente na sua oposição em mudar, mas mesmo assim dar-lhe um sentido benéfico.

As percepções do cliente sobre o problema podem mudar e assim evitamos o fortalecimento da sua resistência. Uma vez que “quanto mais um paciente resiste, menos provável será que ele mude” (Miller & Sovereign, 1989 citados Miller & Rollnick (2001, p.100)).

No final da sessão as novas perspectivas foram bem-recebidas por parte do cliente uma vez que a resistência era, claramente, um problema meu. Cabe-me a mim mudar o meu estilo, adaptando a abordagem e não ver a resistência como uma falha.

Lição aprendida: ao se reconhecer a resistência muda-se de estratégia... Wu Wei.

2.4. Reflexão nº4

“Aquilo que se te oferece ao primeiro olhar, por mais perto que estejas, está longe de ser a verdade e certamente nunca é toda a verdade. É apenas no decurso do caminho quando os teus olhos se tornam mais penetrantes e nenhuma bruma perturba o teu olhar, que a natureza íntima dessa alma se revela pouco a pouco e sempre por fragmentos.”

in Observação do Homem de Arthur Schnitzler

Numa interação com um cliente este definiu-se como “uma pessoa maldisposta que bebia para ficar bem-disposta”. Esta frase de certo modo acompanhou-me durante as interações seguintes.

Há situações muito fáceis de mudar. Um corte de cabelo novo, por exemplo. Basta procurar um profissional e pronto: novo visual. Mas por vezes existem situações mais difíceis de mudar. Há coisas na vida que por mais que incomodem, são vistas como imutáveis. E para essas temos sempre aquelas respostas do tipo “Sou assim e pronto”.

A mudança passa pela superação de automatismos e crenças, exigindo disposição e força de vontade. No entanto ninguém muda sem o querer e a força de vontade nunca é a mesma o tempo todo. Há momentos de desânimo, desesperança, falta de sentido no desejo da mudança. Aceitar a pessoa e compreender as suas dificuldades só se alcança conhecendo o seu universo.

Tudo isto me remete para o conceito de empatia. E o que me vem logo á cabeça é a frase de Clarice Lispector “Antes de julgar a minha vida ou o meu carácter...calce os meus sapatos e percorra o caminho que eu percorri”. No entanto na minha opinião nunca conseguimos saber realmente como a pessoa se sente uma vez que os seus sapatos assentam de maneira diferente seja qual for o pé que os calça. E quem somos nós para julgar?

Expressar empatia é uma característica essencial e definidora da entrevista motivacional. Concordo mais com este conceito, o de expressar empatia, uma vez que “o terapeuta busca compreender os sentimentos e as perspetivas do paciente sem julgar, criticar ou culpar” (Miller & Rollnick, 2001, p.64). Ou seja, compreender e

aceitar o que o outro é. Deste modo posso assumir o papel não de perito, mas sim de aliado do cliente visando a autonomia e a sua liberdade de escolha. Nesta perspectiva, expressar empatia não consiste na minha identificação com o cliente, mas sim no meu envolvimento ativo na sua história. Deste modo a entrevista motivacional é feita “com” e não “para” o cliente.

Ao longo da minha vida já me maravilhei com as coisas cada vez mais pequenas que os biólogos conseguem ver e por outro lado continuo a espantar-me com os astrónomos ao tentarem ver cada vez mais além, através do espaço. Mas talvez o maior mistério de todos não seja nem o que é mais pequeno ou o que é maior.

Somos nós, vistos de perto. Por vezes interrogo-me de como seria. Reconhecer-nos-íamos a nós mesmos? E se sim, conhecer-nos-íamos? O que diríamos a nós mesmos? O que aprenderíamos connosco? O que gostaríamos de ver, se pudéssemos estar fora de nós mesmos a olhar para nós? É aqui que reside a oportunidade e o mistério.

E eu, como é que me defino? Como é que os outros me vêem? Tenho consciência que ainda tenho um longo caminho a percorrer no que diz respeito ao autoconhecimento.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de reflexão sobre a prática à luz da teoria assume um papel fundamental para o desenvolvimento de competências. Neste sentido a realização deste portfólio reflexivo foi extremamente importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional pois “ao desenvolver-se uma maior quantidade de narrativas de aprendizagem experiencial, a pessoa que fornece essas narrativas aprende contando as suas histórias” (Benner, 2001, p.14).

Através deste registo reflexivo tive a oportunidade de realizar uma introspeção aos meus pensamentos e comportamentos com o intuito de explorar experiências em contexto de estágio, refletindo assim acerca dos aspetos mais pertinentes mediando a teoria com a prática. Foi também possível expandir-me a outros níveis de autoconsciência, no aqui-e-agora da relação, que contribuíram sem dúvida para o meu autoconhecimento. Deste modo ampliei o reconhecimento das minhas emoções, comportamentos, resistências, preconceitos, medos, bem como os limites da relação de forma a preservar a integridade do processo terapêutico.

Pela necessidade, enquanto futura EESMP, de me mobilizar como um instrumento terapêutico é de extrema importância o pensamento crítico e reflexivo uma vez que é através dele que se desenvolve vivências, conhecimentos e competências que permitem intervir e demonstrar um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão (OE, 2010b). Esta atividade permitiu ao longo do estágio a aquisição das competências de EESMP nomeadamente F1.1 e F1.1.1., levando-me a refletir criticamente sobre as minhas reações emocionais e comportamentais, perante as várias intervenções efetuadas ao longo do estágio.

F1.1 - Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socio terapêuticas, psicossociais e psicoeducativa.

F1.1.1 – Identifica no aqui-e-agora emoções, sentimentos, valores e outros fatores pessoais ou circunstanciais que podem interferir na relação terapêutica com o cliente e/ou equipa multidisciplinar.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfaro-LeFevre, R. (2013). *Critical Thinking, Clinical Reasoning, and Clinical Judgment - a practical approach*. In (5 ed.). United States: Elsevier.
- Banning, M. (2007). A review of clinical decision making: models and current research. In: *Journal Of Clinical Nursing*, 17(2), Pp.187-195. doi:10.1111/j.1365-27.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. In. Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, A., Souza, L., Dell'Áglio, J. C., & Argimon, I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. In: *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11(1), Pp.15-24.
- Guerra, M. P., Lima, L., & Torres, S. (2014). *INTERVIR EM GRUPOS NA SAÚDE*. In (2 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Haugland, B. (2005). Recurrent disruptions of rituals and routines in families with paternal alcohol abuse. In: *Family Relations*, 54(2), Pp.225-241. Blackwell Publishing.
- Johnson, P. (2001). Dimensions of functioning in alcoholic and nonalcoholic families. In: *Journal of Mental Health Counseling*, 23(2), Pp.127-136.
- Lopes, M. J. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. In. Coimbra: Formasau.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos* (A. Caleffi & C. dornelles, Trans.). Porto Alegre: Artmed.
- Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em Enfermagem. In. *Comunicação no II Congresso da Ordem dos Enfermeiros [Disponível da Ordem dos Enfermeiros]*.
- OE. (2010b). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental*. In A. d. C. d. E. d. E. d. S. M. e. Psiquiátrica (Ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE. (2012). *REPE e ESTATUTO DA ORDEM DOS ENFERMEIROS*. In. Lisboa: Tadinense - Artes gráficas.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 843-860 818p. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211 208p.

Apêndice IX

Estudo de caso (contexto internamento)

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular Estágio - Internamento

Estudo de Caso

Contexto Internamento

Célia Maria Matias Esteves nº6676

Lisboa 2016

Índice

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA	216
1. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM	217
1.1. História biopsicossocial	217
1.2. Genograma	219
1.3 Ecomapa	219
1.4 História de consumos de SPA	220
1.5 Avaliação do funcionamento global	220
1.6 Avaliação das funções mentais	221
1.7 Avaliação das funções fisiológicas	221
1.6 Terapêutica prescrita	223
2. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA	224
3. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO SEGUNDO O MODELO CONCEPTUAL DE BETTY NEUMAN	228
4. PROCESSO DE ENFERMAGEM	230
4.1. Focos de atenção com diagnósticos, intervenções e respetivos resultados	230
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	233
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	234

ANEXOS

Anexo I – Apgar Familiar

Anexo II – SADQ-C

Anexo III – SOCRATES 8D

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), foi desenvolvido um estudo de caso. O presente trabalho foi desenhado de acordo com os objetivos delineados pela UC e tendo em conta as orientações metodológicas na bibliografia utilizada.

De acordo com o plano de estudos do curso, o estágio compreende dois contextos, sendo que este estudo de caso refere-se ao contexto de Internamento. Este estágio foi realizado na UA [REDACTED] [REDACTED] 2016.

No caso clínico apresenta-se o estudo de um cliente internado na UA, tendo como intuito refletir sobre a prestação de cuidados de Enfermagem especializados na área da Saúde Mental, face às necessidades verificadas no cliente e na família onde está inserido.

Segundo Ponte (2006, p.106) o estudo de caso “é 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 o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.” Assim, a sua elaboração ajuda na aquisição de conhecimentos e competências na área da ESMP, na medida em que se faz a aplicação do processo de Enfermagem, na vertente da especialidade. Foi utilizada para a sua elaboração a linguagem CIPE® versão 2.

Este trabalho escrito adota uma metodologia descritiva e reflexiva, apresentado o seguinte objetivo:

- Refletir sobre a importância da sistematização do processo de Enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

Relativamente á estrutura do presente estudo de caso, ele inicia-se pela presente introdução, seguida da história de enfermagem do cliente, uma descrição da situação segundo o modelo conceptual de Betty Neuman, as restantes fases do processo de enfermagem, a caracterização da etiologia e patogenia da doença e por fim a conclusão através de considerações finais.

1. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

Os dados recolhidos e agora apresentados foram obtidos através da consulta do processo e por meio de várias entrevistas abertas de colheita de informação com o cliente.

Para realizar as entrevistas foi escolhido o espaço da sala de atividades antes do jantar. Optou-se por esta hora por se tratar de um momento habitualmente calmo e quando o cliente não tinha atividades programadas ou trabalhos terapêuticos para fazer.

Após se explicar o motivo das entrevistas foi estipulado o tempo de duração (20 minutos) das mesmas.

O cliente foi incentivado a expressar o que sentia, no que diz respeito ao internamento, à percepção que tem da doença e face ao futuro. Foi garantida toda a confidencialidade da informação recolhida durante a entrevista.

1.1. História biopsicossocial

O [REDACTED] gosta que o tratem por N**, sexo masculino, nasceu em [REDACTED], tendo no presente 41 anos; reside em C., sendo a pessoa significativa o seu companheiro o J. O seu pai, o B, que na altura da admissão não estava presente, ficou como corresponsável por indicação terapêutica e acordo das partes.

O N. é solteiro, refere um relacionamento anterior, há 14 anos, com uma mulher. Este relacionamento durou 5 anos e ela tinha o diagnóstico de esquizofrenia. Atualmente tem uma união de facto de 10 anos com o atual companheiro. Não tem filhos.

Tem como habilitações literárias o 9º ano de escolaridade tendo reprovado duas vezes durante o seu percurso escolar. Aos 17 anos escolheu seguir carreira na Marinha, fez a sua formação na base de V. e esteve cerca de 5 anos embarcado. Quando saiu da Marinha foi trabalhar para um hipermercado e posteriormente iniciou funções como segurança aeroportuário no aeroporto de L., fazendo essencialmente rastreio de pessoas, bens e bagagens durante 8 anos. Por agravamento da sua situação de saúde associada ao consumo de álcool e dificuldades no seu posto de trabalho ficou de baixa a [REDACTED] até hoje. Vai à próxima Junta Médica a [REDACTED].

É natural de [REDACTED], aos sete meses de idade foi viver com os pais para o [REDACTED] e aos 4 anos vem para Portugal. É o único filho da relação dos pais. A mãe era professora em [REDACTED] e em Portugal foi explicadora de Matemática durante 30 anos, sofria de depressão e tinha Perturbação de Uso de Álcool diagnosticada, sendo este o motivo da sua morte em 2011 com 61 anos de idade. O pai de 65 anos é diabético e está reformado, durante uns anos foi diretor de uma creche e o seu último trabalho antes de se reformar foi como inspetor da ASAE.

Como antecedentes pessoais relevantes apresenta amigdalectomia aos 8 meses; mãe e avô materno com Perturbação de Uso de Álcool diagnosticada; múltiplas quedas e acidentes de viação, sob o efeito do álcool, o que originou idas frequentes ao Serviço de Urgência; nega ter tido crises convulsivas; sem doenças infectocontagiosas diagnosticadas; não cumpre nenhuma terapêutica de momento.

No que diz respeito ao suporte familiar/social o N. reside na casa que era dos seus pais na companhia do pai e do seu companheiro atual. Esta casa já não tem empréstimo ou renda. Considera que a mesma se insere num ambiente calmo e seguro.

A casa, apesar de já ser velha, apresenta condições habitacionais destacando-se o acesso a água potável, eletricidade e existência de saneamento básico. O local onde habita dispõe dos diversos serviços indispensáveis nas redondezas tais como farmácia, hipermercado e centro de saúde bem como uma boa rede rodoviária.

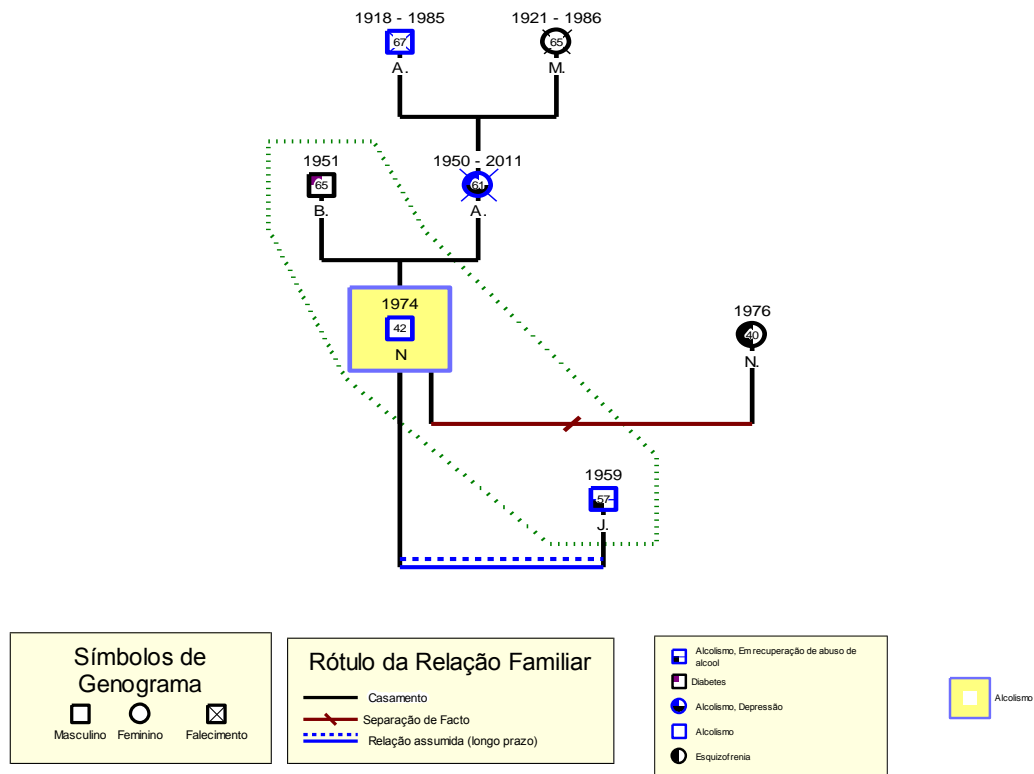
Atualmente a sua situação financeira “encontra-se estável” (sic), apresentando rendimentos para suprir as necessidades. Consegue subsistir com o dinheiro da sua baixa e o ordenado do companheiro.

Tal como evidenciado pelo Apgar Familiar (anexo I), o N. apresenta uma família com disfunção acentuada com uma pontuação de 3 pontos.

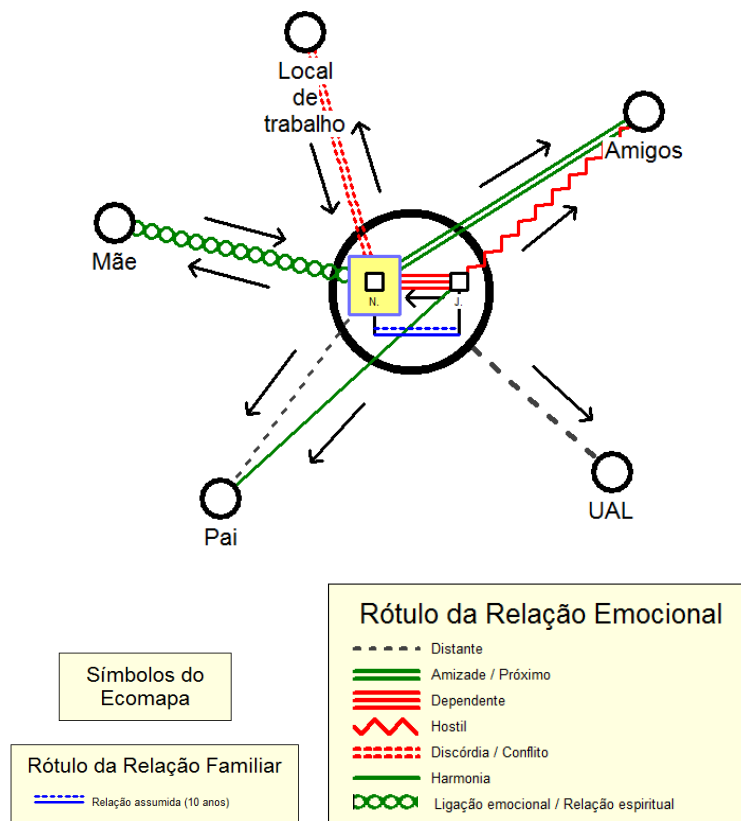
Tem história de episódios de agressividade física e verbal sob o efeito do álcool dirigida sobretudo ao companheiro e pai. Por esse motivo tem 2 processos por violência doméstica entre o casal, o último ainda este ano, ambos já arquivados.

De realçar também outras redes de suporte existentes, como amigos “por vezes os meus amigos auxiliam-me nos meus problemas” (sic).

1.2. Genograma



1.3. Ecomapa



1.4. História de consumos de SPA

Relativamente ao álcool, o N. refere o início do seu consumo aos 12 anos com abuso aos 19 anos apresentando uma evolução da dependência de cerca de 22 anos. O tempo máximo de abstinência foram 6 meses em [REDACTED]. Os últimos consumos foram de cerca de 4 litros de vinho (384gr/álcool/dia). Refere sinais de privação matinais na forma de tremores digitais, tendo por isso necessidade de ingerir a primeira bebida com álcool em jejum. A data do último consumo foi hoje a [REDACTED], antes de vir para a Unidade.

Segundo o questionário de avaliação da severidade da dependência do álcool (SADQ-C) o N. apresenta uma dependência severa (anexo II).

De acordo com a SOCRATES 8D encontra-se ambivalente, existindo baixo reconhecimento do problema demonstrando também que não apresentou recentemente nenhum comportamento no sentido da mudança, estando no estadio de pré-contemplação (anexo III).

Relativamente à nicotina, o início do consumo foi aos 14 anos e mantém o mesmo até a esta data, podendo consumir cerca de 18 cigarros por dia atualmente. Esteve 2 anos sem consumos de nicotina.

Relativamente a cannabis, consumiu fumando de forma continuada dos 26 aos 30 anos, fumava sempre ao deitar.

Refere comportamento aditivo em relação ao computador e telemóvel.

Nega outro tipo de consumos ou comportamentos aditivos.

1.5. Avaliação do funcionamento global

Leucodérmico apresentando uma aparência geral cuidada (tem a barba desfeita, cabelo lavado). Bom estado de higiene com vestuário limpo e de acordo com o clima, género e idade. A pele é hidratada, corada, íntegra e quente ao toque.

Apresenta idade aparente superior á real, observa-se um excesso de peso evidente com barriga proeminente.

O comportamento do N. durante as entrevistas é calmo e adequado, consegue responder ao que lhe é solicitado e apesar de manter o contacto visual o seu olhar por vezes vagueia pela sala.

Apresenta humor ansioso com mímica apreensiva (congruente com o seu humor) adotando fácies triste. O contato é sintónico, a atitude retraída com postura

submissa. Não mantém uma posição ereta, mantendo-se curvado com os ombros descaídos. No que diz respeito à afetividade apresenta embotamento afetivo.

A sua capacidade de controlo de impulsos encontra-se diminuída.

Apesar de reservado e pouco comunicativo, participa nas atividades de grupo propostas com agrado, mas com pouco investimento pessoal.

Recebe as visitas do pai e companheiro ao fim de semana, mas refere que a relação com o companheiro é conflituosa. Tem vários amigos com os quais tem uma boa relação, mas pediu para estes não o visitarem durante o seu internamento.

1.6. Avaliação das funções mentais

Ao nível da consciência o N. encontra-se vígil e lúcido. Apresentando-se orientado nas 4 vertentes: espacial, temporal, autopsíquica e alopsíquica.

A atenção e concentração são captáveis, mas com distratibilidade fácil. Não apresenta alterações da memória a curto e longo prazo. Possui um discurso rico, perceptível, mas com verbalização hesitante. O pensamento encontra-se alterado: quanto ao curso demonstra bradipsiquismo, quanto á forma apresenta bloqueios e quanto ao conteúdo não evidencia alterações da perceção neste momento.

Com insight para a doença, apresenta crítica para os consumos.

1.7. Avaliação das funções fisiológicas

Somatometria:

- Peso: 76 Kg
- Altura: 158 cm

Índice de Massa Corporal: 30,4 Kg/m² – Obesidade classe I (DGS, 2013).

Perímetro da cintura: 95 cm – Risco de complicações metabólicas aumentado (DGS, 2013).

Parâmetros Vitais:

- Tensão Arterial Sistólica (artéria braquial esquerda): 110mmHg
- Tensão Arterial Diastólica (artéria braquial esquerda): 76 mmHg
- Frequência Cardíaca (artéria radial esquerda): 110 bpm (Pulso: rítmico e cheio)
- Frequência Respiratória: 16 cpm (Respiração de padrão misto: torácico-abdominal, simétrica, regular, amplitude normal. Eupneico em repouso com

- Saturação Periférica de Oxigénio de 98%, em ar ambiente. Sem sinais de dificuldade respiratória aparentes).
- Temperatura Timpânica: 36,4°C (Apirético)
- Dor: 0 (Sem dor)

Outros:

- Álcool teste positivo com 1,52g/l.
- Alérgico à penicilina.
- Refere dormir cerca de 6 horas diárias com insónia inicial e sono não reparador.
- Independente nos autocuidados não necessitando de orientação ou supervisão.

Exame físico:

O crânio é simétrico, formato oval, sem deformidades visíveis aparentes, proporcional ao corpo, centralizada relativamente ao tronco. O cabelo está rapado por opção, de cor original preta, com couro cabeludo íntegro de aspeto limpo e cuidado. A face é oval, simétrica, com pele íntegra, corada e hidratada. Não apresenta rugas de expressão. A mucosa oral está corada e hidratada. Os olhos são simétricos e alinhados. Pupilas isocóricas e isoreativas. A íris é de cor castanha. As escleróticas apresentam-se brancas e íntegras. Com alterações da acuidade visual, apresentando hipermetropia para a qual usa ortótese ocular quando tem necessidade. Os pavilhões auriculares estão íntegros, simétricos e bem implantados. Meato auditivo limpo. Sem diminuição da acuidade auditiva. O nariz é proporcional à face, centrado. Septo nasal sem desvios aparentes. Fossas nasais limpas. A boca encontra-se íntegra. Os lábios são finos, encontram-se hidratados, íntegros e de coloração rosada. Ausência de 2 peças dentárias (2 molares no maxilar inferior). Não apresenta dificuldade na deglutição e/ou mastigação. O pescoço não evidencia presença de massas ou nódulos palpáveis. Mantém mobilidade articular.

A nível torácico, este apresenta-se simétrico, sem deformidades ou lesões aparentes. De acordo com o cliente a pele do tórax anterior e posterior está íntegra e hidratada. O abdómen encontra-se mole, não doloroso e depressível à palpação. Não evidencia presença de massas ou nódulos palpáveis a nível torácico ou abdominal.

Os membros superiores são simétricos, observam-se lesões de automutilações em diversos estádios de cicatrização, referindo o cliente que a última foi feita em março do presente ano na sequência de um conflito com o companheiro. Não se evidencia diminuição do tônus muscular. Movimentos articulares mantidos. Contabilizaram-se 5 dedos em cada mão. Unhas roídas, mas limpas. Leitos ungueais com preenchimento capilar.

Os membros inferiores são simétricos, proporcionais ao corpo, com movimentos articulares mantidos, sem presença de lesões. Não se evidenciam sinais de Trombose Venosa Profunda (TVP) ou edema (sem sinais de compromisso neuro-circulatório). Presença de variz no 1/3 inferior da coxa direita. Sem diminuição do tônus muscular, alterações da marcha ou desequilíbrio. De acordo com a cliente as regiões genital, nadequeira e perianal encontram-se sem lesões. Pés íntegros com pele hidratada. Presença de 5 dedos em cada pé com unhas curtas e limpas.

1.8. Terapêutica prescrita

Fármaco	Dose/Posologia	Data início	Data fim
MULTIVITAMINAS	1cp PA-AL-JT	26/10	4/11
MULTIVITAMINAS	1 cp AL	5/11	5/11
TIAMINA	300 mg PA-AL-JT	26/10	4/11
ÁCIDO FÓLICO	5 mg PA-JT	26/10	4/11
ÁCIDO FÓLICO	5 mg AL	5/11	5/11
SERTRALINA	100 mg PA	26/10	2/11
PREGABALINA	75 mg PA-AL-DT	26/10	5/11
QUETIAPINA	50 mg DT	26/10	27/10
DIAZEPAM (PROTOCOLO DO ESQUEMA DE REDUÇÃO LENTO)	5 mg (iniciou com 45 mg/dia)	26/10	3/11
OLANZAPINA	10 mg DT	28/10	5/11
DISSULFIRAM	125 mg PA	1/11	5/11
OLANZAPINA	5 mg PA-LC	30/10	5/11
FENOFIBRATO	200 mg JT	5/11	5/11
OLANZAPINA	10 mg SOS se impulsividade	28/10	5/11
QUETIAPINA	100 mg SOS se insónia	26/10	5/11
DIAZEPAM	10 mg SOS se ansiedade	26/10	5/11
LACTULOSE	1 saqueta 10 mg SOS se obstipação	26/10	5/11
PARACETAMOL	1 gr SOS se queixas álgicas	26/10	5/11
CAPTOPRIL	25 mg SOS se HTA	26/10	5/11

2. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA

O consumo de bebidas alcoólicas está enraizado na história da humanidade. Através do tempo o uso de álcool tem assumido múltiplas funções surgindo ligado quer aos rituais religiosos, quer a rituais de celebração. Isto acontece provavelmente pelos efeitos psicoativos que pode provocar.

A abordagem inicial ao uso do álcool compreendia uma visão moralista onde beber era considerado um vício, uma falta de “força de vontade” por parte do indivíduo. Todavia, no evoluir do perigo dos efeitos do uso de álcool nos últimos anos e das suas repercussões na sociedade, este comportamento deixou de ser um problema moral, para passar a ser um problema de saúde (Balsa, Vital, & Pascueiro, 2011), passando, assim, o uso de álcool a ser encarado como um problema médico. Ou seja, o comportamento aditivo não é um hábito de que alguém se possa descartar, mas uma doença do corpo e da vontade. Esta mudança de perspectiva do conceito moral para uma concepção de doença levou a que se considerasse que os comportamentos aditivos tinham implícita uma dependência física que deve ser encarada como um *continuum* guiado por princípios comuns a outros processos de aprendizagem (Marlatt & Donovan, 2016). Desta forma, a dependência pode ser alterada adquirindo-se novos padrões funcionais.

As repercussões das perturbações de uso de álcool são bem conhecidas e descritas na literatura existindo, hoje em dia, um consenso sobre o carácter multifatorial das perturbações aditivas. A WHO (2014) considera que não se podem excluir problemas sociais, económicos e de saúde relacionados com o uso de álcool, como sejam a criminalidade, condução rodoviária, perturbações familiares, patologia laboral, efeitos sobre a criança desde a concepção, gestação, aleitamento, desenvolvimento e rendimento escolar. Segundo a APA (2014, p.579) “a característica essencial de uma perturbação de uso de substâncias é um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua a usar a substância apesar da existência de problemas significativos relacionados com a substância.” São várias as perturbações relacionadas com álcool, no entanto a perturbação de uso de álcool irá ser desenvolvida por estar direcionada para o contexto do presente estudo de caso. Esta é definida “por um conjunto de sintomas comportamentais e físicos que podem incluir a abstinência, tolerância e craving” (APA, 2014, p.590). Segundo a mesma fonte os critérios de diagnóstico utilizados para a Perturbação de Uso de Álcool serão:

A – Padrão problemático de uso de álcool que conduz a problemas clínicos significativos manifestado por pelo menos duas das seguintes características, ocorrendo num período de doze meses:

1. O álcool é muitas vezes consumido em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia.
2. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos para diminuir ou controlar o uso de álcool.
3. É gasta uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de álcool, uso de álcool ou a recuperar dos seus efeitos.
4. Craving ou um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool.
5. Uso de álcool recorrente resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
6. Uso de álcool continuado apesar de ter problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool.
7. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso do álcool.
8. Uso de álcool recorrente em situações em que é fisicamente perigoso.
9. O uso de álcool é continuado apesar de saber ter um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo álcool.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
 - a. Uma necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - b. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
11. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
 - a. Uma síndrome de abstinência característica do álcool.
 - b. O álcool (ou outra substância intimamente relacionada, tal como uma benzodiazepina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

De ressaltar que a gravidade da perturbação se baseia no número de critérios de diagnóstico presentes. Esta é uma perturbação que se vai formando ao longo da vida de uma forma multifatorial e progressiva (Adès & Lejoyeux, 1997). Todas as pessoas que bebem podem potencialmente desenvolver uma perturbação de uso de álcool. Isto porque “uma pessoa consome uma substância e sente um efeito psicoativo altamente satisfatório ou reforçador que, ativando os circuitos no cérebro torna mais provável que tal comportamento se repita” (WHO, 2004, p.20). Implícito na maior ou menor probabilidade de tal ocorrer está ação combinada e complexa entre os diferentes fatores de risco ou de vulnerabilidade, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais (Adès & Lejoyeux, 1997; WHO, 2004). A literatura fornece-nos várias teorias que procuram compreender os fatores que influenciam o consumo de álcool. Segundo Edwards, Marshall, & Cook (2003) as teorias de natureza psicológica, compreendem três grandes correntes: As teorias

psicodinâmicas que explicam o consumo como um resultado de experiências precoces e de relacionamentos; O modelo freudiano que realça as ações motivadas por fatores não acessíveis à consciência uma vez que a natureza humana nem sempre é racional; As teorias comportamentais e cognitivas que explicam o uso de álcool como um comportamento aprendido. Pillon & Luis (2004) mencionam que as teorias socioculturais destacam a importância do ambiente na conduta da pessoa, afirmando que a influência dos aspectos socioculturais é inseparável do consumo de bebidas alcoólicas. As teorias biológicas por sua vez baseiam-se em estudos que confirmam a predisposição familiar para o uso de álcool. Segundo Kaplan, Sadock, & Grebb (1997) os contextos ambientais têm um peso de 40% a 50% no risco de alcoolismo, sendo a restante percentagem explicada pela influência genética. Também nesta linha Adès & Lejoyeux (1997) referem que o risco de consumo para os filhos de pais alcoólicos é três ou quatro vezes superior.

Relativamente à Situação Global sobre o Álcool e Saúde, segundo a WHO (2014) o consumo excessivo de álcool constitui um grave problema mundial, pois dessa situação resulta(m):

- A morte de 3,3 milhões de pessoas por ano.
- Em 2012 7,6% das mortes entre os homens e 4,0% das mortes entre as mulheres foram atribuíveis ao álcool.
- O uso nocivo do álcool é um fator causal em mais de 200 doenças e outras implicações a nível da saúde;
- 5,1% da carga global de doenças e lesões é atribuída ao álcool, conforme medido em anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs)
- Na faixa etária de 20 a 39 anos aproximadamente 25% do total de óbitos são atribuíveis ao álcool.
- Existe uma relação causal entre o consumo excessivo e uma série de distúrbios mentais e comportamentais, outras condições não-transmissíveis, bem como acidentes.
- As relações causais mais recentes foram estabelecidas entre consumo excessivo e a incidência de doenças infecciosas, como a tuberculose, bem como o desenvolvimento do HIV/AIDS.
- Para além das consequências para a saúde, o uso nocivo do álcool provoca perdas sociais e económicas consideráveis para os indivíduos e para a sociedade em geral.

Segundo dados da Comissão Europeia (Eurobarometer, 2010):

- A Europa é a região com o consumo de álcool per capita mais alto do mundo. O elevado nível de consumo de álcool traz consigo um elevado nível de danos, doenças e prejuízo atribuível ao álcool estimado em 12% em 2004 (medido em DALYs), a maior cifra mundial.
- Na União Europeia, o consumo nocivo de álcool é o terceiro maior fator de risco para a saúde, responsável por 195.000 mortes por ano e representando 12% da mortalidade prematura masculina e 2% da feminina.
- O custo económico estimado para a UE resultante da utilização do álcool é de cerca de 125 mil milhões de euros por ano.

Portugal encontra-se no topo da lista dos países com maior consumo de álcool quer a nível europeu, quer ao nível mundial, com um consumo por pessoa com mais de 15 anos de 12,9 litros de álcool puro por ano. Entre os consumidores de álcool, 35,8% apresenta um consumo excessivo, 5,8% uma perturbação de uso de álcool e 3,1% uma dependência do álcool (WHO, 2014).

De acordo com as projeções do GISAH, para Portugal é expectável uma descida do consumo de álcool *per capita* até 2025 (SICAD, 2014).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012b):

- Em 2009 a taxa de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool, abaixo dos 65 anos, atingiu 12,9 óbitos por 100000 habitantes e a taxa masculina foi cerca de 6 vezes superior à taxa feminina, indicando que é um problema que condiciona essencialmente a saúde dos homens.
- Uma das dez principais causas de mortalidade prematura, dados referentes a 2010, são as doenças atribuíveis ao álcool, tendo estas uma expressão de 6%

O projeto europeu DRUID - *Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*, no qual Portugal participa através do Instituto de Medicina Legal, revelou no último estudo apresentado em 2012 que relativamente às vítimas mortais em acidentes de viação, os resultados foram preocupantes, com prevalências de consumo de álcool elevadas (cerca de 45% para uma TAS $\geq 0,1$ g/L, e cerca de 35% para uma TAS $\geq 0,5$ g/L (DRUID, 2012).

Segundo Castro, Cleto, & Silva (2011) até 40% dos acidentes de trabalho envolvem ou estão relacionados com o consumo do álcool.

3. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO SEGUNDO O MODELO CONCEPTUAL DE BETTY NEUMAN

O N. foi acolhido na UA [REDACTED] tendo sido encaminhado pela Gestora de Caso (Psicóloga) por quem é seguido desde [REDACTED], sendo este o seu primeiro internamento nesta Unidade. Veio acompanhado pelo seu companheiro, com indicação para internamento por Perturbação de Uso de Álcool. Segundo o cliente, veio porque “Agora que ele (o companheiro) já fez o tratamento, é a minha vez” (sic). O atual companheiro saiu do internamento desta Unidade no mesmo dia em que o N. foi admitido. Refere uma relação de dependência por parte do companheiro em relação a si, com um controlo que denomina como “ele sufoca-me muito” (sic). Define-se como “uma pessoa muito ansiosa e impulsiva” (sic).

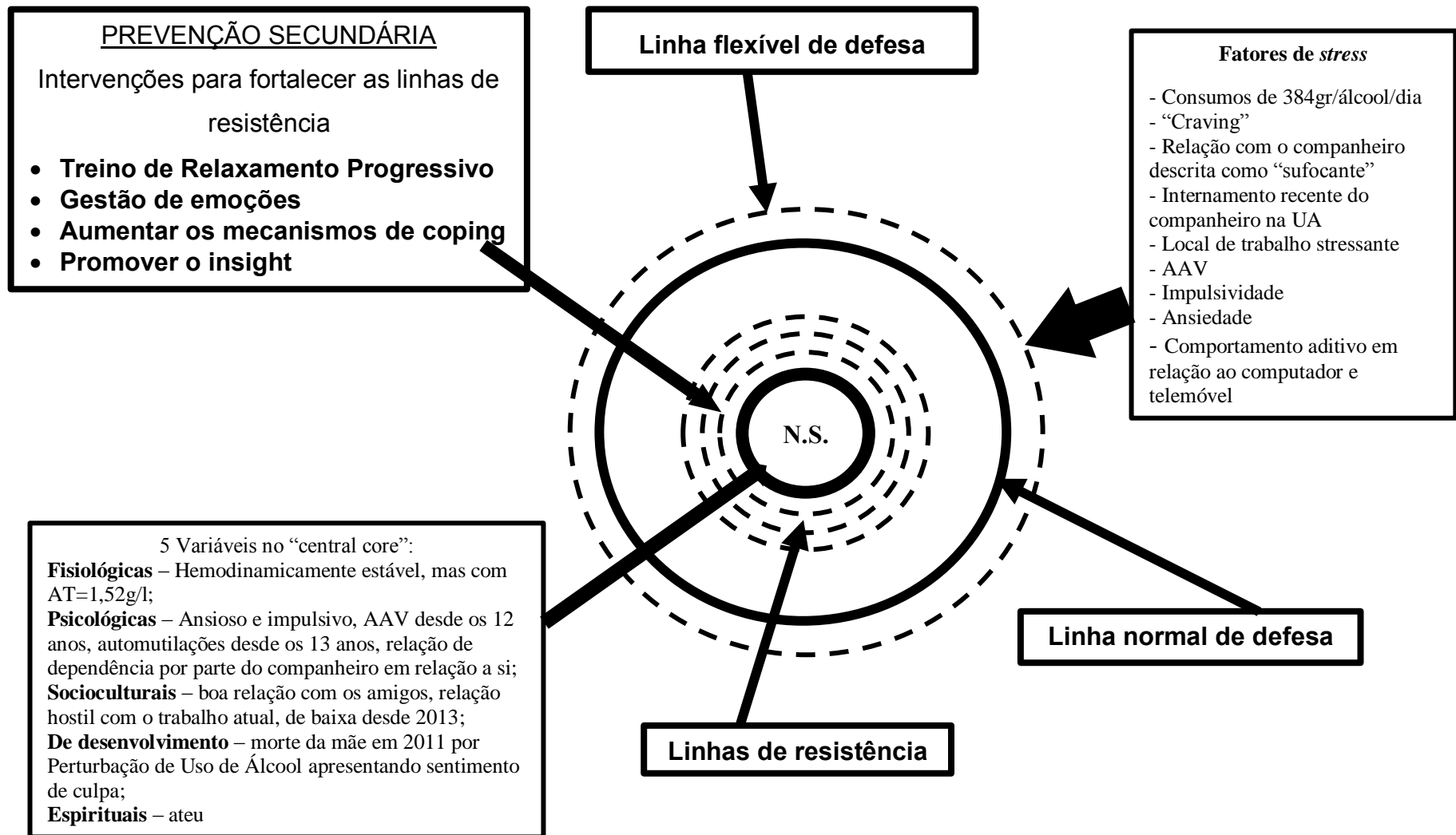
Caracteriza o seu posto de trabalho como muito stressante, ficou de baixa a [REDACTED] até hoje. Refere que futuramente não gostaria de voltar ao mesmo posto de trabalho. No entanto diz ter uma relação de amizade forte com alguns dos seus colegas e amigos.

O N. relata uma relação muito afetuosa com a mãe, de enorme cumplicidade e partilha. No seu discurso manifesta alguma culpa em relação ao alcoolismo da mãe, por “não ter conseguido ser para ela o filho perfeito” (sic). Ainda sonha regularmente com mãe, refere mesmo ouvir a sua voz e sentir a sua presença. Apesar de viver com o pai, o N.R. não fala dele de forma tão afetuosa como fala da mãe.

Pela primeira vez em *setting* clínico, admite ter episódios de Alucinações Auditivas e Visuais desde os 12 anos, referindo que “ouve e vê pessoas mortas” (sic) e que por isso iniciou os consumos de álcool numa tentativa de “abafar as vozes” (sic). Também admitiu fazer automutilações com cortes nos braços desde os 13 anos. O seu pai posteriormente validou esta informação, mas desconhecia que era desde tão cedo, julgou que era desde a morte da mãe em 2011. O N. refere que foi nessa altura que “as vozes ficaram piores” (sic).

Reconhece os seus consumos elevados de álcool e refere também dependência do telemóvel e computador dizendo que “vai ser muito difícil estar sem eles durante o internamento” (sic). Não acredita em Deus assumindo-se como ateu, “depois da morte da minha mãe, não acredito em nada” (sic).

O esquema da página seguinte pretende delinear esta informação acima descrita, seguindo as linhas do modelo conceptual de Betty Neuman.



4. PROCESSO DE ENFERMAGEM

Seguidamente encontram-se os focos de atenção identificados no estudo de caso, respetivos diagnósticos de enfermagem e enunciadas as intervenções realizadas. No que diz respeito aos resultados obtidos, tendo em mente que o cliente teve alta por incumprimento de regras, estes serão apresentados como resultados esperados uma vez que não houve forma de avaliar a efetividade das intervenções específicas de cada foco de atenção.

4.1. Focos de atenção com diagnósticos, intervenções e respetivos resultados

Foco de atenção: Abuso de álcool	
Diagnóstico de Enfermagem	Abuso de álcool: status dependência severa
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none">▪ Monitorizar com instrumento de avaliação (SADQ-C)▪ Estabelecer contrato terapêutico▪ Executar interação grupal/individual▪ Incentivar a participação em interação grupal/individual▪ Informar sobre o autocontrolo: abuso de álcool▪ Informar sobre os recursos existentes na comunidade▪ Promover o autocontrolo▪ Promover envolvimento familiar/amigos▪ Instruir a família sobre estratégias a adotar▪ Vigiar a posição da pessoa face à problemática do álcool▪ Vigiar sinais de abstinência
Resultado de Enfermagem esperado	Abuso de álcool atual: nenhum

Foco de atenção: Alucinação	
Diagnóstico de Enfermagem	Alucinação presente
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliar resposta à medicação ▪ Disponibilizar presença ▪ Diminuir estimulação ambiental ▪ Ensinar gestão da alucinação ▪ Estimular a ocupação ▪ Incentivar a participação em atividades de distração ▪ Gerir a comunicação ▪ Informar a pessoa sobre a doença e alucinações ▪ Vigiar a alucinações
Resultado de Enfermagem esperado	Alucinação ausente

Foco de atenção: Ansiedade	
Diagnóstico de Enfermagem	Ansiedade em grau severo
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorizar com instrumento de avaliação (STAI Y-1) ▪ Disponibilizar presença ▪ Oferecer escuta ativa ▪ Informar a pessoa sobre o processo/tratamento da doença ▪ Explicar, instruir e treinar Técnica de Relaxamento (Treino de Relaxamento Progressivo)
Resultado de Enfermagem esperado	Ansiedade melhorada

Foco de atenção: Coping	
Diagnóstico de Enfermagem	Coping comprometido
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ensinar a pessoa sobre estratégias de resolução de problemas ▪ Promover a utilização de mecanismos de coping eficazes ▪ Oferecer escuta ativa ▪ Executar atividades terapêuticas individuais ▪ Realizar sessão de grupo
Resultado de Enfermagem esperado	Coping melhorado

Foco de atenção: Insónia	
Diagnóstico de Enfermagem	Sono comprometido
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerir ambiente físico ▪ Evitar a interrupção do sono ▪ Incentivar o uso de técnicas de relaxamento ▪ Informar sobre estratégias a adotar para facilitar o sono ▪ Informar sobre a importância do sono ▪ Explicar, instruir e treinar Técnica de Relaxamento (Treino de Relaxamento Progressivo) ▪ Vigiar o sono
Resultado de Enfermagem esperado	Sono melhorado

Foco de atenção: Regime medicamentoso	
Diagnóstico de Enfermagem	Conhecimento sobre o regime medicamentoso comprometido
Intervenções de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vigiar o comportamento da toma de medicação ▪ Avaliar barreiras à adesão ▪ Motivar para aprender ▪ Ensinar sobre Dissulfiram ▪ Promover a auto-responsabilização
Resultado de Enfermagem esperado	Conhecimento sobre o regime medicamentoso: melhorado

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo Betty Neuman, o principal objetivo da Enfermagem é prestar assistência à pessoa de modo a obter e manter a estabilidade do sistema. Para o atingir, são realizadas determinadas intervenções, que têm como objetivo a redução dos fatores de stress e condições adversas que podem afetar um funcionamento excelente do sistema, em qualquer situação em que se encontre a pessoa. Como enfermeiros especialistas as nossas intervenções visam a integridade da pessoa e têm como foco as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos agentes de stress, procurando reduzir o seu efeito. Uma vez que, segundo esta abordagem, os clientes são vistos como um todo cujas partes estão em interação dinâmica e sujeitas a fatores de stress.

Ao elaborar este trabalho apercebi-me da complexidade do processo de Enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, sendo que saliento que mesmo após o N. ter definido objetivos e estratégias para os alcançar foi difícil mantê-lo motivado a iniciar esse processo de mudança. Existiam também algumas distrações externas (companheiro e o pai) que dificultaram esse processo, tendo vindo a culminar numa alta precoce por incumprimento das regras.

Para mim foi difícil lidar com esta situação, porque até ao momento todo o trabalho desenvolvido nesta relação terapêutica além de aumentar os ganhos em saúde dentro do que o N. pretendia para ele próprio, também me possibilitou evoluir positivamente adquirindo competências relacionais, comunicacionais e terapêuticas como Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adès, J., & Lejoyeux, M. (1997). Comportamentos alcoólicos e seu tratamento. In (1 ed.). Coimbra: Climepsi Editores.
- Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. In. Lisboa: Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol 4, iss 32, Pp 18-21.
- APA. (2014). MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS. DSM-5™. In (5 ed.). Lisboa: CLIMEPSI.
- Balsa, C., Vital, C., & Pascueiro, L. (2011). O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal: Prevalências e Consumos, 2001-2007. In. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
- Breda, J., Almeida, A., & Pinto, A. (1998). Avaliação do Grau de Severidade da Dependência Alcoólica: validação em língua portuguesa do SADQ-C (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire) e do ICQ (Impaired Control Questionnaire). In: Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra.
- Castro, M. F., Cleto, C. R., & Silva, N. T. (2011). Segurança e saúde no trabalho e a prevenção do consumo de substâncias psicoativas: linhas orientadoras para intervenção em meio laboral. In. Lisboa: I.D.T. ACT.
- DGS. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 In: Direção-Geral da saúde.
- DGS. (2013). Avaliação Antropométrica no Adulto In: Direção-Geral da Saúde: Orientação nº 017/2013.
- DRUID. (2012). Final Report: Work performed, main results and recommendations. In M. S. Horst Schulze, Raschid Urmeew, Kerstin Auerbach, (all - Federal & B. Highway Research Institute, Germany) (Eds.): Project co-funded by the European Commission within the Sixth Framework Programme (2002-2006).
- Edwards, G., Marshall, E., & Cook, C. (2003). The treatment of drinking problems: A guide for helping professions. In (4 ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Eurobarometer. (2010). EU Citizens' Attitudes Towards Alcohol. In: Special Eurobarometer 331, Wave 72.3 – TNS Opinion & Social, European Commission, Brussels.
- Janeiro, L., Faísca, L., & Miguel, M. (2007). Manual da SOCRATES 8D: Guia de aplicação e interpretação; contributo para a adaptação à população portuguesa. In: Manuscrito não publicado, Universidade do Algarve e Universidade de Sevilha.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). Compêndio de Psiquiatria - ciências do comportamento e psiquiatria clínica. In (7 ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2016). Prevenção da Recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos de dependência. In (2 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pillon, S., & Luis, M. (2004). Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Vol 12, Iss 4, Pp 676-682 (2004)(4), 676. doi:10.1590/S0104-11692004000400014
- Ponte, J. P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. In (Vol. 25, pp. 105-132): Bolema.
- SICAD. (2014). Relatório Anual 2013 - A Situação do País em Matéria de Álcool. In. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências.
- WHO. (2004). Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoactivas. Resumo. In. Suíça: Organização Mundial da Saúde.
- WHO. (2014). Global status report on alcohol and health – 2014 In. Luxembourg: World Health Organization

ANEXOS

ANEXO I

APGAR FAMILIAR

(Versão adaptada por Agostinho & Rebelo, 1988)

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase sempre Algumas vezes Quase nunca	2 1 X
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase sempre Algumas vezes Quase nunca	2 1 X
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase sempre Algumas vezes Quase nunca	2 X 0
D	Estou satisfeito(a) com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase sempre Algumas vezes Quase nunca	2 X 0
E	Estou satisfeito(a) com o tempo que passo com a minha família.	Quase sempre Algumas vezes Quase nunca	2 X 0

© Copyright 1978, by Smilkstein. All rights reserved.

ANEXO II

Questionário SADQ-C

(Forma adaptada por Breda, Almeida e Pinto, 1998)

Por favor, lembre-se de um período típico de consumo excessivo de bebidas alcoólicas nos últimos 6 meses. Quando foi?

Mês: ████████ Ano: ████████

Instruções: Responda a todas as seguintes questões acerca do seu consumo de bebidas alcoólicas durante esse período, colocando um (x) na resposta que considera mais adequada:

Durante esse período de consumo de bebidas alcoólicas:

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. No dia a seguir ao consumo de álcool, acordo com suores	0	1	2	X
2. No dia a seguir ao consumo de álcool, as minhas mãos tremem logo de manhã	0	1	2	X
3. No dia a seguir ao consumo de álcool, o meu corpo treme violentamente se não tomar uma bebida logo que acordo	0	X	2	3
4. No dia a seguir ao consumo de álcool, acordo encharcado em suor	0	1	2	X
5. No dia a seguir ao consumo de álcool, receio acordar logo de manhã		1	X	3
6. No dia a seguir ao consumo de álcool, tenho medo de encontrar as pessoas de manhã	0	X	2	3
7. No dia a seguir ao consumo de álcool, sinto-me à beira do desespero logo que acordo	0	X	2	3
8. No dia a seguir ao consumo de álcool, sinto-me muito amedrontado quando acordo	0	X	2	3
9. No dia a seguir ao consumo de álcool, gosto de tomar uma bebida logo de manhã	0	1	2	X
10. No dia a seguir ao consumo de álcool, tomo de uma golada, as minhas primeiras bebidas matinais o mais rapidamente possível	0	1	2	X
11. No dia a seguir ao consumo de álcool, bebo logo de manhã para não ter tremuras	0	1	X	3
12. No dia a seguir ao consumo de álcool, tenho um desejo muito forte de beber ao acordar	0	1	X	3
13. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 1/4 de uma garrafa de bebida espirituosa, ou 1 litro de vinho, ou 2 litros de cerveja	0	1	2	X
14. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 1/2 garrafa de bebida espirituosa, ou 2 litros de vinho, ou 4 litros de cerveja	0	1	2	X
15. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 1 garrafa de bebida espirituosa, ou 4 litros de vinho, ou 8 litros de cerveja	0	1	2	X
16. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 2 garrafas de bebida espirituosa, ou 8 litros de vinho, ou 16 litros de cerveja	X	1	2	3

VSFF

Imagine a seguinte situação: 1. Esteve totalmente abstinente de bebidas alcoólicas há algumas semanas / 2. Depois bebeu excessivamente durante dois dias. Como se sentiria na manhã seguinte após esses dois dias de consumo excessivo?

	Quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
17. Começava a suar	0	1	2	X
18. As minhas mãos tremiam	0	1	2	X
19. O meu corpo tremia	0	1	2	X
20. Tinha um desejo enorme de beber	0	1	2	X

© Copyright 1983, by Stockwell, Murphy & Hodgson. All rights reserved.

ANEXO III

SOCRATES 8D

(Forma adaptada por Janeiro, Faisca e Miguel, 2007)

inicial

Instruções:

Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se acerca do seu uso de álcool. Para cada afirmação, faça um número, de 1 a 5, indicando o quão concorda ou discorda com cada uma delas neste momento. Por favor, coloque um X em apenas um dos números relativamente a cada afirmação.

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

© Copyright 1996, by Miller & Tonigan. All rights reserved.

Apêndice X

Estudo de caso (contexto ambulatorio)

7º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica

Unidade Curricular Estágio - Ambulatório

Estudo de Caso

Contexto Ambulatório

Célia Maria Matias Esteves nº6676

Lisboa 2017

Índice

	Pág.
NOTA INTRODUTÓRIA	247
1. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM	248
1.1. História biopsicossocial	248
1.2. Genograma	250
1.3. Ecomapa	250
1.4. História de consumos de SPA	251
1.5. Avaliação do funcionamento global	251
1.6. Avaliação das funções mentais	252
1.7. Avaliação das funções fisiológicas	252
1.8. Terapêutica prescrita	254
2. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA	255
3. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO SEGUNDO O MODELO CONCEPTUAL DE BETTY NEUMAN	259
4. ABORDAGEM DE ENFERMAGEM	261
4.1. Entrevista de reforço motivacional	268
4.2. Resultados	273
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	275
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	276
ANEXOS	
Anexo I – Apgar Familiar	
Anexo II – SADQ-C	
Anexo III – SOCRATES 8D inicial	
Anexo IV – SOCRATES 8D final	
Anexo V – NOC inicial	
Anexo VI – NOC final	

NOTA INTRODUTÓRIA

No âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório, inserida no segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), foi desenvolvido um estudo de caso. O presente trabalho foi desenhado de acordo com os objetivos delineados pela UC e tendo em conta as orientações metodológicas na bibliografia utilizada.

De acordo com o plano de estudos do curso, o estágio compreende dois contextos, sendo que este estudo de caso refere-se ao contexto de Ambulatório. Este estágio foi realizado na ET no período compreendido [REDACTED] 2017.

Segundo Ponte (200), p.106) o estudo de caso “é 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 o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse.” Assim, a sua elaboração ajuda na aquisição de conhecimentos e competências na área da ESMP, na medida em que se faz uso de um modelo de intervenção cujo objetivo principal é o de proporcionar ao cliente a chance de conversar sobre os problemas e refletir sobre as opções de mudança, respeitando sempre a sua autonomia.

Neste caso clínico apresenta-se o estudo de um cliente da ET, tendo como intuito refletir sobre a prestação de cuidados de Enfermagem especializados na área da Saúde Mental, no âmbito da entrevista motivacional com o objetivo de reforçar a manutenção da abstinência.

Este trabalho escrito adota uma metodologia descritiva e reflexiva, apresentado o seguinte objetivo: Refletir sobre a importância da sistematização do processo de Enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiatria.

Relativamente á estrutura do presente estudo de caso, ele inicia-se pela presente introdução, seguida da história de enfermagem do cliente, a caracterização da etiologia e patogenia da doença, uma descrição da situação segundo o modelo conceptual de Betty Neuman, as fases da entrevista de reforço motivacional e por fim a conclusão através de considerações finais.

1. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

Os dados recolhidos e agora apresentados foram obtidos através da consulta do processo e por meio de várias entrevistas abertas de colheita de informação com o cliente.

Para realizar as entrevistas foi escolhida um dos consultórios da ET no período da manhã. Optou-se por este período por se tratar de um momento em que o cliente se poderia deslocar á ET sem perturbar a sua rotina diária. Após se explicar o motivo da colheita de dados o cliente foi incentivado a expressar o que sentia, a percepção que tem da doença e expetativas face ao futuro.

Foi garantida toda a confidencialidade da informação recolhida durante a entrevista.

1.1. História biopsicossocial

O [REDACTED] gosta que o tratem por R***, sexo masculino, nasceu em [REDACTED] tendo no presente 54 anos; é natural de T.N.; reside em B., sendo a pessoa significativa a sua companheira a G.

O R. é solteiro, atualmente tem uma união de facto de 10 anos com a atual companheira. Não tem filhos.

Tem como habilitações literárias o 12º ano de escolaridade tendo reprovado três vezes durante o seu percurso escolar. Após ter concluído o 12º ano escolheu seguir carreira no Exército onde permaneceu durante 4 anos. Quando saiu do Exército não exerceu qualquer profissão uma vez que iniciou consumos de drogas psicoativas durante esse tempo e continuou até aos 40 anos. Hoje trabalha como empresário na área da contabilidade.

É o primeiro de uma fratria de 3 irmãos, tendo 3 sobrinhos. A mãe de 79 anos era educadora de infância, estando neste momento reformada, não apresentando antecedentes pessoais relevantes. O pai de 81 anos foi comissário de bordo, estando também reformado e não apresentando antecedentes pessoais relevantes. Ambos são autónomos na sua vida diária, não dependendo de terceiros. O R. fala com uma certa mágoa da sua relação com os pais “após tantos tratamentos eles já não acreditam, mas estão sempre lá para ajudar” (sic).

Como antecedentes pessoais relevantes apresenta HTA, Diabetes tipo II, obesidade mórbida e um acidente de viação sob o efeito do álcool, o que originou um internamento prolongado num hospital; nega ter tido crises convulsivas; com

diagnóstico de Hepatite C, reconhecendo que provavelmente a contraiu através de comportamentos de risco, nomeadamente relações desprotegidas. Fez terapêutica específica no H.S.M. estando neste momento com carga viral negativa; cumpre terapêutica para a HTA, diabetes e aversiva para o álcool.

No que diz respeito ao suporte familiar/social o R. reside numa casa própria, tipo vivenda, com a sua companheira atual. Esta casa já não tem empréstimo ou renda. Considera que a mesma se insere num ambiente calmo e seguro.

A casa apresenta condições habitacionais destacando-se o acesso a água potável, eletricidade e existência de saneamento básico. O local onde habita dispõe dos diversos serviços indispensáveis nas redondezas tais como farmácia, três hipermercados e uma boa rede rodoviária.

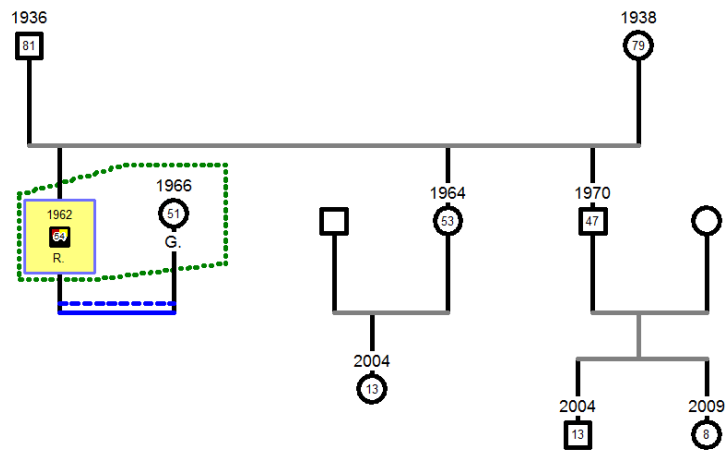
Atualmente empregado é empresário por conta própria e a sua situação financeira “encontra-se normalizada” (sic), apresentando rendimentos para suprir as necessidades. Trabalha numa firma de contabilidade em sociedade com a companheira há 8 anos.

Tal como evidenciado pelo Apgar Familiar (anexo I), o R. apresenta uma família com moderada disfunção com uma pontuação de 5 pontos.

Sem história de episódios de agressividade física e verbal sob o efeito do álcool. Contudo apresenta múltiplas multas por condução sob o efeito do álcool das quais resultaram várias inibições de conduzir. Por esse motivo teve um processo judicial por condução em contramão resultando uma pena suspensa de 2 anos. Deste acidente o único ferido foi ele próprio.

De realçar também outras redes de suporte existentes, como amigos “tenho poucos, mas bons. São aqueles amigos de infância que nos conhecem melhor que nós próprios” (sic).

1.2. Genograma



Símbolos de Genograma



Masculino



Feminino

Rótulo da Relação Familiar

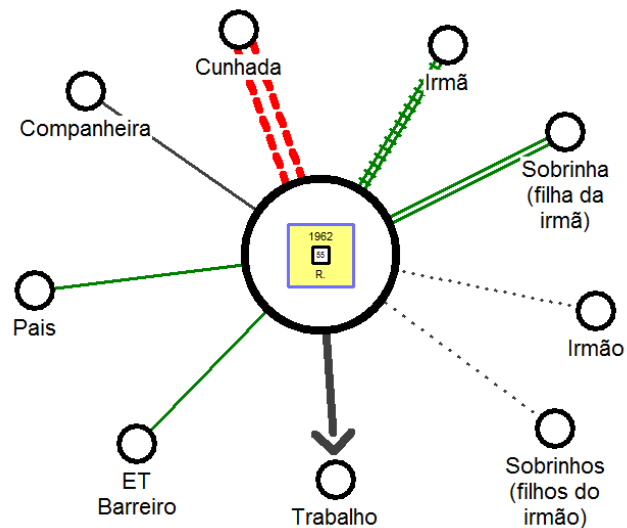
— Casamento

--- União de facto (10 anos)



Abuso de álcool / Hipertensão / Diabetes / Obesidade / Hepatite C

1.3. Ecomapa



Símbolos do Ecomapa

Rótulo da Relação Emocional

..... Indiferente / Apático

— Normal

— Amizade / Próximo

— Grandes Amigos

— Concentrado

--- Discórdia / Conflito

— Harmonia

1.4. História de consumos de SPA

Relativamente ao álcool, o R. refere o início do seu consumo aos 16 anos com início de consumos regulares aos 22 e dependência aos 40 anos, apresentando uma evolução da dependência de 14 anos. O tempo mínimo de abstinência foi de uma semana e o máximo de 8 meses, “Nunca consegui ficar muito tempo abstinente” (sic). Os últimos consumos foram de cerca de 3 litros de vinho (288gr/álcool/dia). O seu padrão de consumo era episódico, habitualmente em casa, sozinho ao fim do dia. Refere sinais de privação matinais na forma de tremores digitais e suores, tendo por isso necessidade de por vezes ingerir a primeira bebida com álcool em jejum. A data do último consumo foi a [REDACTED] dois dias antes de iniciar a indução com a terapêutica aversiva.

Já com três internamentos anteriores para desabituação do álcool, o primeiro na [REDACTED] (1 mês) em 1996, o segundo no [REDACTED] (1 mês) em 2007 e o terceiro numa instituição chamada [REDACTED] (4 meses) em 2009.

Segundo o questionário de avaliação da severidade da dependência do álcool (SADQ-C) o N. apresenta uma dependência moderada (anexo II).

De acordo com a SOCRATES 8D demonstra reconhecimento do problema muito alto com uma tendência agir no sentido da mudança e ambivalência baixa, estando no estadio da ação (anexo III).

Relativamente à nicotina, o início do consumo foi aos 21 anos e mantém o mesmo até a esta data, mantendo um consumo de cerca de 20 cigarros por dia atualmente. Nunca esteve abstinente de nicotina.

Relativamente a cannabis, opiáceos, cocaína e heroína, iniciou o consumo aos 30 anos e conseguiu ficar abstinente aos 40 anos.

Nega outro tipo de comportamentos aditivos.

Por preocupação de uma amiga dirigiu-se à ET para iniciar tratamento aversivo para o álcool.

1.5. Avaliação do funcionamento global

Leucodérmico apresentando uma aparência geral cuidada (tem a barba desfeita). Bom estado de higiene com vestuário limpo e de acordo com o clima, género e idade. No entanto usa roupas de cor predominantemente escura. A pele é hidratada, corada, íntegra e quente ao toque. Fala quase sempre com os olhos semicerrados.

Apresenta idade aparente superior á real, observando-se um excesso de peso evidente.

O comportamento do R. durante as entrevistas é calmo e adequado, consegue responder ao que lhe é solicitado e mantém o contacto visual.

Apresenta humor eutímico, mimica sem alterações adotando, no entanto, um fácies triste. O contato é sintónico, a atitude colaborante, mas com postura dominadora. Mantém uma posição ereta com a cabeça erguida. No que diz respeito às emoções apresenta uma certa frieza emocional.

A sua capacidade de controlo de impulsos encontra-se sem alterações no momento.

Apesar de reservado é bastante comunicativo.

1.6. Avaliação das funções mentais

Ao nível da consciência o R. encontra-se vígil e lúcido. Apresentando-se orientado nas 4 vertentes: espacial, temporal, autopsíquica e alopsíquica.

A atenção e concentração são facilmente captáveis. Capacidade de abstração e conceptualização sem alterações. Não apresenta alterações da memória a curto e longo prazo. Possui um discurso espontâneo com um volume adequado, sendo perceptível, fluente e rico. Sem alterações do pensamento ou da percepção de momento.

Com insight total para a doença, apresenta crítica para os consumos aditivos.

1.7. Avaliação das funções fisiológicas

Somatometria:

- Peso: ±140 Kg (verbalizado pelo cliente, uma vez que a balança disponível não se adapta a este tipo de peso)
 - Altura: 180 cm
- Índice de Massa Corporal: 43 Kg/m² – Obesidade classe III (DGS, 2013).
Perímetro da cintura: 110 cm – Risco de complicações metabólicas muito aumentado (DGS, 2013).

Parâmetros Vitais:

- Tensão Arterial Sistólica (artéria braquial esquerda): 164mmHg
- Tensão Arterial Diastólica (artéria braquial esquerda): 103 mmHg

- Frequência Cardíaca (artéria radial esquerda): 79 bpm (Pulso: rítmico e cheio)
- Frequência Respiratória: 14 cpm (Respiração de padrão misto: torácico-abdominal, simétrica, regular, amplitude normal. Eupneico em repouso sem sinais de dificuldade respiratória aparentes).
- Dor: 0 (Sem dor)

Outros:

- Álcool teste negativo.
- Sem alergias.
- Refere dormir cerca de 7 horas diárias com sono reparador.
- Independente nos autocuidados não necessitando de orientação ou supervisão.

Exame físico:

O crânio é simétrico, formato oval, sem deformidades visíveis aparentes, proporcional ao corpo, centralizada relativamente ao tronco. É calvo, apresentando o couro cabeludo íntegro de aspeto limpo e cuidado. A face é redonda, simétrica, com pele íntegra, corada e hidratada. Apresenta rugas de expressão na região dos olhos. A mucosa oral está corada e hidratada. Os olhos são simétricos e alinhados. Pupilas isocóricas e isoreativas. A íris é de cor castanha. As escleróticas apresentam-se brancas e íntegras. Sem alterações da acuidade visual. Os pavilhões auriculares estão íntegros, simétricos e bem implantados. Meato auditivo limpo. Sem diminuição da acuidade auditiva. O nariz é proporcional à face, centrado. Septo nasal sem desvios aparentes. Fossas nasais limpas. A boca encontra-se íntegra. Os lábios são finos, encontram-se hidratados, íntegros e de coloração rosada. Presença de todas as peças dentárias. Não apresenta dificuldade na deglutição e/ou mastigação. O pescoço não evidencia presença de massas ou nódulos palpáveis. Mantém mobilidade articular.

A nível torácico, este apresenta-se simétrico, sem deformidades ou lesões aparentes. De acordo com o cliente a pele do tórax anterior e posterior está íntegra e hidratada. O abdómen encontra-se distendido, volumoso, mole, não doloroso e depressível à palpação. Não evidencia presença de massas ou nódulos palpáveis a nível torácico ou abdominal.

Os membros superiores são simétricos, sem lesões aparentes. Não se evidencia diminuição do tônus muscular. Movimentos articulares mantidos. Contabilizaram-se 5 dedos em cada mão. Unhas íntegras, curtas e limpas. Leitos

ungueais com replecimento capilar. Os membros inferiores são simétricos, proporcionais ao corpo, com movimentos articulares mantidos, sem presença de lesões. Não se evidenciam sinais de Trombose Venosa Profunda (TVP) ou edema (sem sinais de compromisso neuro-circulatório). Sem diminuição do tônus muscular apresentando, no entanto, um ritmo de marcha lento, mas sem desequilíbrio. De acordo com a cliente as regiões genitais, nadegueira e perianal encontram-se sem lesões. Pés íntegros com pele hidratada. Presença de 5 dedos em cada pé com unhas curtas e limpas.

1.8. Terapêutica prescrita

Iniciou indução com Dissulfiram a [REDACTED] cumprindo neste momento ½ cp (250mg) às 4^afeiras na ET com toma presencial e álcool-teste prévio.

Também cumpre terapêutica hipotensora para a HTA, antidiabético oral para o controlo da diabetes que não sabe especificar os nomes. Faz também Trazodona 100mg á noite, tiapride 25mg ao pequeno almoço e jantar e sertalina 50 ao pequeno almoço.

2. CARACTERIZAÇÃO DA ETIOLOGIA E PATOGENIA

O consumo de bebidas alcoólicas está enraizado na história da humanidade. Através do tempo o uso de álcool tem assumido múltiplas funções surgindo ligado quer aos rituais religiosos, quer a rituais de celebração. Isto acontece provavelmente pelos efeitos psicoativos que pode provocar.

A abordagem inicial ao uso do álcool compreendia uma visão moralista onde beber era considerado um vício, uma falta de “força de vontade” por parte do indivíduo. Todavia, no evoluir do perigo dos efeitos do uso de álcool nos últimos anos e das suas repercussões na sociedade, este comportamento deixou de ser um problema moral, para passar a ser um problema de saúde (Balsa et al., 2011), passando, assim, o uso de álcool a ser encarado como um problema médico. Ou seja, o comportamento aditivo não é um hábito de que alguém se possa descartar, mas uma doença do corpo e da vontade. Esta mudança de perspectiva do conceito moral para uma conceção de doença levou a que se considerasse que os comportamentos aditivos tinham implícita uma dependência física que deve ser encarada como um *continuum* guiado por princípios comuns a outros processos de aprendizagem (Marlatt & Donovan, 2016). Desta forma, a dependência pode ser alterada adquirindo-se novos padrões funcionais.

As repercussões das perturbações de uso de álcool são bem conhecidas e descritas na literatura existindo, hoje em dia, um consenso sobre o carácter multifatorial das perturbações aditivas. A WHO (2014) considera que não se podem excluir problemas sociais, económicos e de saúde relacionados com o uso de álcool, como sejam a criminalidade, condução rodoviária, perturbações familiares, patologia laboral, efeitos sobre a criança desde a concepção, gestação, aleitamento, desenvolvimento e rendimento escolar.

São várias as perturbações relacionadas com álcool, no entanto a perturbação de uso de álcool irá ser desenvolvida por estar direcionada para o contexto do presente estudo de caso. Esta é definida “por um conjunto de sintomas comportamentais e físicos que podem incluir a abstinência, tolerância e craving” (APA, 2014, p.590). Segundo a mesma fonte os critérios de diagnóstico utilizados para a Perturbação de Uso de Álcool serão:

A – Padrão problemático de uso de álcool que conduz a problemas clínicos significativos manifestado por pelo menos duas das seguintes características, ocorrendo num período de doze meses:

11. O álcool é muitas vezes consumido em quantidades superiores ou por um período de tempo mais longo do que pretendia.
12. Existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos para diminuir ou controlar o uso de álcool.
13. É gasta uma grande quantidade de tempo em atividades necessárias à obtenção de álcool, uso de álcool ou a recuperar dos seus efeitos.
14. Craving ou um forte desejo ou impulso pelo uso de álcool.
15. Uso de álcool recorrente resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa.
16. Uso de álcool continuado apesar de ter problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos do álcool.
17. Desistência ou diminuição da participação em importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido ao uso do álcool.
18. Uso de álcool recorrente em situações em que é fisicamente perigoso.
19. O uso de álcool é continuado apesar de saber ter um problema persistente ou recorrente, físico ou psicológico que provavelmente foi causado ou exacerbado pelo álcool.
20. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes:
 - c. Uma necessidade de quantidades acentuadamente crescentes de álcool para atingir a intoxicação ou o efeito desejado.
 - d. Diminuição acentuada do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de álcool.
21. Abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes:
 - c. Uma síndrome de abstinência característica do álcool.
 - d. O álcool (ou outra substância intimamente relacionada, tal como uma benzodiazepina) é consumido para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.

De ressaltar que a gravidade da perturbação se baseia no número de critérios de diagnóstico presentes.

Esta é uma perturbação que se vai formando ao longo da vida de uma forma multifatorial e progressiva (Adès & Lejoyeux, 1997). Todas as pessoas que bebem podem potencialmente desenvolver uma perturbação de uso de álcool. Isto porque “uma pessoa consome uma substância e sente um efeito psicoativo altamente satisfatório ou reforçador que, ativando os circuitos no cérebro torna mais provável que tal comportamento se repita” (WHO, 2004, p.20). Implícito na maior ou menor probabilidade de tal ocorrer está ação combinada e complexa entre os diferentes fatores de risco ou de vulnerabilidade, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais (Adès & Lejoyeux, 1997; WHO, 2004). A literatura fornece-nos várias teorias que procuram compreender os fatores que influenciam o consumo de álcool. Segundo Edwards et al. (2003) as teorias de natureza psicológica, compreendem três grandes correntes: As teorias psicodinâmicas que explicam o consumo como um resultado

de experiências precoces e de relacionamentos; O modelo freudiano que realça as ações motivadas por fatores não acessíveis à consciência uma vez que a natureza humana nem sempre é racional; As teorias comportamentais e cognitivas que explicam o uso de álcool como um comportamento aprendido. Pilon & Luis (2004) mencionam que as teorias socioculturais destacam a importância do ambiente na conduta da pessoa, afirmando que a influência dos aspectos socioculturais é inseparável do consumo de bebidas alcoólicas. As teorias biológicas por sua vez baseiam-se em estudos que confirmam a predisposição familiar para o uso de álcool. Segundo Kaplan et al. (1997) os contextos ambientais têm um peso de 40% a 50% no risco de alcoolismo, sendo a restante percentagem explicada pela influência genética. Também nesta linha Adès & Lejoyeux (1997) referem que o risco de consumo para os filhos de pais alcoólicos é três ou quatro vezes superior.

Relativamente à Situação Global sobre o Álcool e Saúde, segundo a WHO (2014) o consumo excessivo de álcool constitui um grave problema mundial, pois dessa situação resulta(m):

- A morte de 3,3 milhões de pessoas por ano, o que representa 5,9% de todas as mortes;
- Existem diferenças de género significativas na proporção de mortes globais atribuíveis ao álcool, por exemplo, em 2012 7,6% das mortes entre os homens e 4,0% das mortes entre as mulheres foram atribuíveis ao álcool.
- O uso nocivo do álcool é um fator causal em mais de 200 doenças e outras implicações a nível da saúde;
- Em geral, 5,1% da carga global de doenças e lesões é atribuída ao álcool, conforme medido em anos de vida ajustados por incapacidade (DALYs)
- O consumo de álcool causa morte e incapacidade relativamente cedo na vida. Na faixa etária de 20 a 39 anos aproximadamente 25% do total de óbitos são atribuíveis ao álcool.
- Existe uma relação causal entre o consumo excessivo e uma série de distúrbios mentais e comportamentais, outras condições não-transmissíveis, bem como acidentes.
- As relações causais mais recentes foram estabelecidas entre consumo excessivo e a incidência de doenças infecciosas, como a tuberculose, bem como o desenvolvimento do HIV/AIDS.

- Para além das consequências para a saúde, o uso nocivo do álcool provoca perdas sociais e económicas consideráveis para os indivíduos e para a sociedade em geral.

Segundo dados da Comissão Europeia (Eurobarometer, 2010):

- A Europa é a região com o consumo de álcool per capita mais alto do mundo. O elevado nível de consumo de álcool traz consigo um elevado nível de danos, doenças e prejuízo atribuível ao álcool estimado em 12% em 2004
- Na União Europeia, o consumo nocivo de álcool é o terceiro maior fator de risco para a saúde, responsável por 195.000 mortes por ano e representando 12% da mortalidade prematura masculina e 2% da feminina.
- O custo económico estimado para a UE resultante da utilização do álcool é de cerca de 125 mil milhões de euros por ano.

Portugal encontra-se no topo da lista dos países com maior consumo de álcool quer a nível europeu, quer ao nível mundial, com um consumo por pessoa com mais de 15 anos de 12,9 litros de álcool puro por ano. Entre os consumidores de álcool, 35,8% apresenta um consumo excessivo, 5,8% uma perturbação de uso de álcool e 3,1% uma dependência do álcool (WHO, 2014). De acordo com as projeções do GISAH, para Portugal é expectável uma descida do consumo de álcool *per capita* até 2025 (SICAD, 2014).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (DGS, 2012b):

- Em 2009 a taxa de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool, abaixo dos 65 anos, atingiu 12,9 óbitos por 100000 habitantes e a taxa masculina foi cerca de 6 vezes superior à taxa feminina, indicando que é um problema que condiciona essencialmente a saúde dos homens.
- Uma das dez principais causas de mortalidade prematura, dados referentes a 2010, são as doenças atribuíveis ao álcool, tendo estas uma expressão de 6%

O projeto europeu DRUID - *Driving Under Influence of Alcohol Drugs and Medicines*, no qual Portugal participa através do Instituto de Medicina Legal, revelou no último estudo apresentado em 2012 que relativamente às vítimas mortais em acidentes de viação, os resultados foram preocupantes, com prevalências de consumo de álcool elevadas (cerca de 45% para uma TAS $\geq 0,1$ g/L, e cerca de 35% para uma TAS $\geq 0,5$ g/L (DRUID, 2012).

Segundo Castro, Cleto, & Silva (2011) até 40% dos acidentes de trabalho envolvem ou estão relacionados com o consumo do álcool.

3. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO SEGUNDO O MODELO CONCEPTUAL DE BETTY NEUMAN

O R. foi acolhido na ET em [REDACTED] sendo a sua Gestora de Caso uma Psicóloga.

Segundo o cliente, veio porque “uma amiga minha andava preocupada com os meus consumos excessivos” (sic).

Refere a si próprio como “uma pessoa maldispota” (sic) que bebia para ficar bem-disposto “para a vida ficar mais divertida” (sic). Quando chegava a casa “não sabia o que fazer até a G. chegar e a única coisa que me lembrava era beber” (sic).

O N. relata uma relação de discórdia com a companheira sem grande cumplicidade, dizendo que “é difícil viver e trabalhar com a mesma pessoa” (sic). No seu discurso manifesta alguma irritação referindo que a companheira “é muito boa trabalhadora, mas muito certinha. Não consegue pensar mais além, ao contrário de mim” (sic). Mantém uma relação hostil com a irmã da companheira, que também trabalha com eles, referindo que “ela nunca gostou de mim, para ela eu não presto. Não falamos um com o outro” (sic).

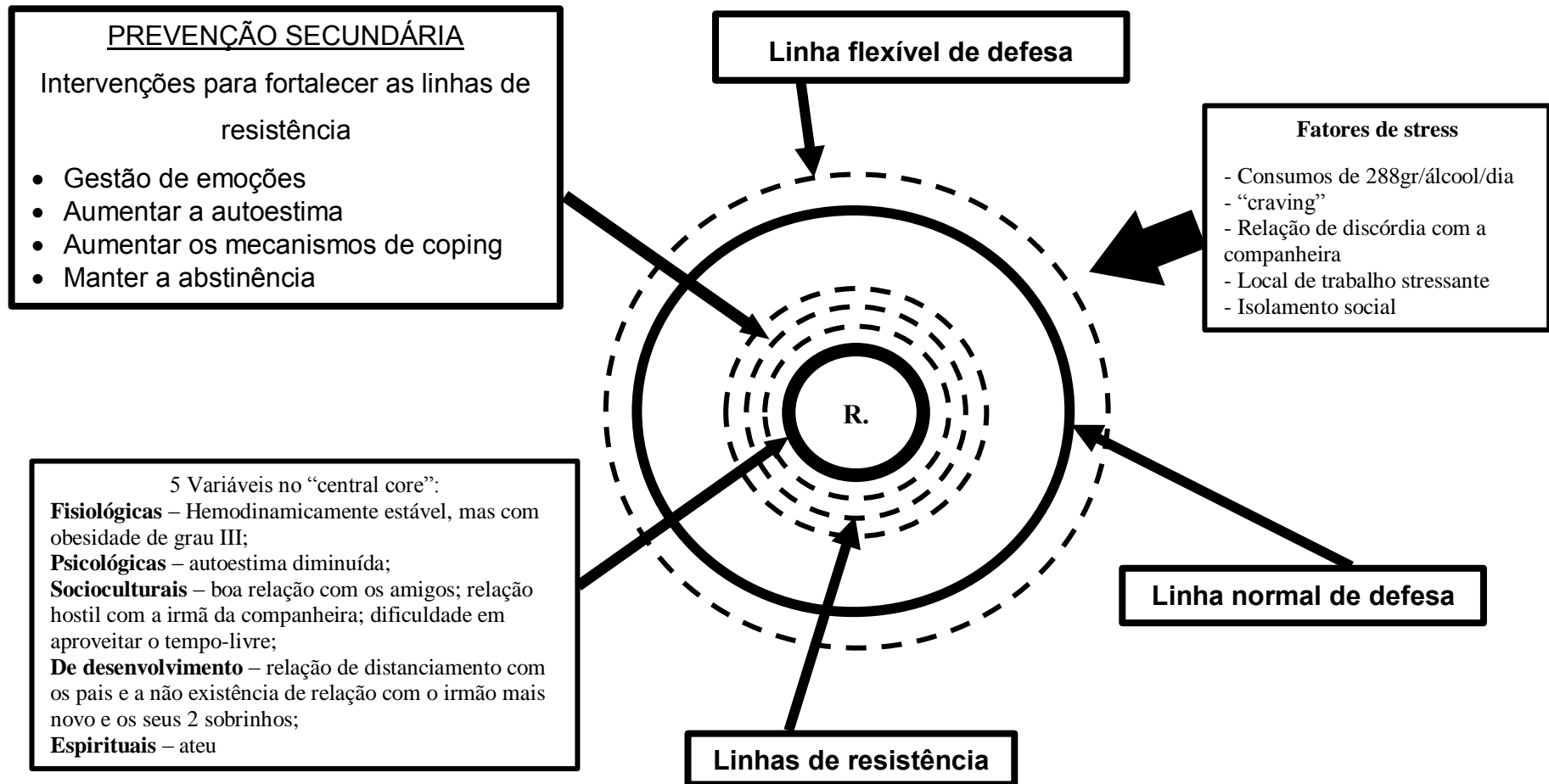
Caracteriza o seu posto de trabalho como stressante uma vez que trabalha com a companheira e com a irmã dela e têm visões diferentes do negócio “eu quero pensar fora da caixa, mas elas não me deixam e isso irrita-me... basicamente eu é que faço o papel de mau e cobro as dívidas” (sic).

Reconhece os seus consumos elevados de álcool e outras substâncias psicoativas apresentando-se com um adito, “Não sou alcoólico...sou um adito” (sic).

Apesar de ter alguns amigos não sabe o que fazer quando tem tempo livre “agora fico na empresa á espera que a G. acabe o trabalho para não ir para casa sozinho” (sic).

Não acredita em Deus assumindo-se como ateu, “não acredito em nada em especial” (sic).

O esquema da página seguinte pretende delinear esta informação acima descrita, seguindo as linhas do modelo conceptual de Betty Neuman.



4. ABORDAGEM DE ENFERMAGEM

No presente estudo de caso, irá ser somente apresentada e explanada a abordagem de enfermagem com a intervenção – Entrevista de reforço motivacional (ERM), apesar de existirem outros focos de atenção que foram identificados e alvos de intervenção com o cliente.

O processo de tratamento das adições decorre da existência de motivação para desencadear, manter e finalizar um percurso terapêutico muitas vezes longo, com retrocessos e intermitências. A motivação assume-se como dimensão central de todo o processo.

As intervenções de enfermagem, no que diz respeito à motivação, assentam no estabelecimento de uma relação de ajuda e na utilização de técnicas de comunicação associadas à entrevista motivacional realizadas em resposta ao foco identificado Abuso do Álcool, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, em que se utiliza uma abordagem humanista, cognitiva e comportamental.

O enfermeiro deve colocar-se como parceiro do cliente, colaborando com ele, no sentido de o ajudar a encontrar a melhor maneira de se ajudar a si próprio, nomeadamente a reconhecer comportamentos prejudiciais para a sua saúde, a estimular a mudança desse comportamento e a desenvolver competências (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

A mudança de um estágio para outro deve-se à motivação. Sabe-se que a motivação necessária para começar a questionar um comportamento é diferente da motivação necessária para alcançar ou manter a mudança. Sendo assim, o enfermeiro utiliza a entrevista motivacional como uma técnica para auxiliar a pessoa a reconhecer os seus problemas atuais e potenciais associados ao uso do álcool. Estimulando assim o comprometimento para a mudança de comportamento, observável através da produção verbal, no sentido de diminuir as expressões verbais de resistência e aumentar as expressões verbais de mudança, contribuindo assim para o aumento do autocontrolo sobre si própria e as adversidades atuais, e para a obtenção em ganhos de saúde (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Na relação de ajuda o ponto de partida é o outro, a partir do sinal que nos dá. Segundo Lazure (1994) toda a relação de ajuda é comunicação, mas nem toda a

comunicação é necessariamente relação de ajuda. Qualquer comportamento é comunicação sendo impossível não comunicar pois, quer se trate de atividade ou inatividade, de fala ou silêncio, tudo isto se converte em mensagens, independentemente da intencionalidade e consciência. Na relação de ajuda alguém fala com alguém que escuta, pelo que a comunicação assume, assim, um papel fulcral no estabelecimento de uma relação terapêutica (Neeb, 2000).

Através da comunicação é possível atuar diretamente na melhoria da qualidade da intervenção de ajuda, através da criação de condições necessárias para que a interação se possa desenvolver e assim estabelecer uma relação de qualidade (Mambriani, 1993; Neeb, 2000; Phaneuf, 2005; Stuart & Laraia, 2001).

Lazure (1994) recomenda que o cliente seja considerado como um ser único, com identidade, cultura, sentimentos e emoções que lhe são próprios. Bem como detentor de meios para resolver os seus problemas e que o enfermeiro deve compreender e respeitá-lo, o que pressupõe que ele próprio se conheça e respeite, como pessoa e como enfermeiro. A mesma autora recomenda que o enfermeiro adote estratégias, comportamentos e atitudes que facilitem o estabelecimento de uma relação terapêutica, nomeadamente:

- O Respeito, inerente à aceitação, levando a que o cliente compreenda que pode ser ele mesmo na relação.
- A Congruência e a Empatia, por forma a que o cliente perceba que o profissional compreende o que ele está a viver no momento atual.
- A Escuta, com a finalidade de compreender a realidade do outro.
- A Confrontação, permite evidenciar, perante o outro, as contradições do seu comportamento (no entanto esta abordagem não é utilizada na entrevista motivacional como iremos ver mais á frente).
- O Reflexo emotivo ou feedback, comunica que se compreendeu o que o outro disse.
- O Toque, sendo fundamental que seja corretamente compreendido pelo destinatário.

Também se podem identificar algumas estratégias de comunicação terapêutica que promovem a comunicação com o cliente, de modo a este explorar a sua ambivalência e expressar motivos para mudar e com isto sentir-se aceite e entendido (Miller & Rollnick, 2001; Neeb, 2000; Stuart & Laraia, 2001):

- Utilizar perguntas abertas, para dar a oportunidade ao cliente de verbalizar livremente os seus pontos de vista e com isso levá-lo a refletir.
- Escutar reflexivamente, ouvir a pessoa no sentido de compreender a sua situação e o modo como pode ser ajudada.
- Fazer afirmações positivas, encorajar com o propósito de reforçar a autoestima e a percepção de que o cliente é capaz de mudar.
- Estimular afirmações de automotivação, para que ajudem a pessoa a sair da fase de ambivalência.
- Fazer síntese, salientando pontos-chave para direcionar e fazer progredir o cliente.

Contudo Stuart & Laraia (2001) identificam quatro impasses terapêuticos que bloqueiam a relação terapêutica, pois são geradores de sentimentos intensos quer no enfermeiro quer no cliente (ansiedade, apreensão, frustração, amor, raiva). São eles:

- a resistência, quando cliente evita vivenciar os aspetos problemáticos de si mesmo;
- a transferência, quando cliente tem emoções e atitudes para com o enfermeiro relacionadas com pessoas que lhe foram importantes, de forma inconsciente;
- a contratransferência, sendo esta uma resposta emocional do enfermeiro gerada pelas qualidades do cliente;
- a violação de limites, que acontece quando o enfermeiro ultrapassa os limites do relacionamento terapêutico e estabelece um relacionamento social, económico ou pessoal com o cliente.

No entanto para que o enfermeiro possa ajudar efetivamente o cliente é importante ter consciência de si mesmo, possuindo capacidade de introspeção e autoavaliação.

A mudança de comportamento é um processo e as pessoas têm diversos níveis de motivação. Segundo Connors et al. (2001) as pessoas apresentam vários estadios de mudança, sendo eles:

- Précontemplanção, em que o cliente não considera a possibilidade de mudar, nem se preocupa com a questão.

(O papel do profissional é priorizar o hábito, trabalhando a ambivalência e a resistência. Levantar dúvidas aumenta a percepção do cliente sobre os riscos e problemas do seu comportamento atual);

- Contemplação, o cliente admite o problema, é ambivalente e considera adotar mudanças eventualmente.

(O papel do profissional é aumentar a discrepância entre o atual comportamento e os objetivos mais amplos verbalizados pelo cliente. De certo modo inclina-se a balança evocando as razões para a mudança, os riscos de não mudar. Isto irá fortalecer a autossuficiência do cliente para a mudança do comportamento atual);

- Preparação, o cliente inicia algumas mudanças, planeja, cria condições para mudar revendo tentativas passadas.

(O papel do profissional é o de incentivar o cliente a verbalizar o desejo de mudança, ajudar a eleger a melhor estratégia e um plano de ação. Assim ajuda-se o cliente a determinar a melhor linha de ação a ser seguida para a mudança);

- Ação, o cliente implementa mudanças ambientais e comportamentais, investindo tempo e energia na execução da mudança.

(O papel do profissional é aumentar a autoeficácia oferecendo encorajamento e apoio, fornecendo orientação e estratégias ao longo do caminho. No entanto, cabe ao cliente implementar e completar as mudanças);

- Manutenção, em que o cliente dá continuidade ao processo iniciado na ação, para manter os ganhos e prevenir a recaída.

(O papel do profissional é o de prevenir recaídas reforçando a autoeficácia, ajudando o cliente a identificar e utilizar estratégias de prevenção da recaída);

- Recaída, quando existe uma falha na manutenção e é retomado o hábito ou comportamento anterior levando o cliente a qualquer uns dos estadios anteriores.

(O papel do profissional é o de reconstruir positivamente o processo e estimular a autoeficácia e a automotivação. Deste modo ajuda o cliente a renovar os processos de contemplação, preparação e ação, sem que este fique imobilizado devido à recaída).

No entanto segundo os mesmos autores o cliente não passa pelos estadios de forma linear-causal, pois uma vez atingida alguma mudança isso não significa que o cliente se manterá nesse estadio e existirá sempre a possibilidade de ele progredir ou regredir sem qualquer ordenação lógica. É também de extrema importância identificar qual a etapa do processo de mudança em que o cliente se

encontra, uma vez que isso irá ajudar na definição da metodologia a ser utilizada na abordagem ao cliente de forma mais personalizada, realista e fundamentada.

A comunicação persuasiva e efetiva atrai atenção, é compreensível, impulsiona o comportamento recomendado, é facilmente lembrada e indica ações específicas. Este tipo de abordagem é especialmente eficiente quando o indivíduo se encontra nas etapas iniciais do processo de mudança (Connors et al., 2001).

A entrevista motivacional envolve um espírito de colaboração, participação e autonomia tanto do cliente quanto do profissional, onde ambos vão articulando alternativas em que a motivação para a mudança é construída de forma natural e espontânea. Segundo Miller & Rollnick (2001) esta é uma técnica de abordagem não-confrontativa e semiestruturada, que identifica e trabalha com a motivação do cliente já que é centrada nas suas necessidades e experiências. Estimula a autoeficácia a partir do momento em que o cliente consegue realizar as mudanças propostas e assim gera-se um impulso para mudar hábitos e estilo de vida.

Esta intervenção baseia-se no respeito pelo cliente, nas suas crenças e escala de valores, mas tentando estimular a motivação e favorecer o posicionamento, face a estilos de vida saudáveis e promovendo a sua capacidade de escolha. Parte da ideia de que todo o processo de mudança tem custos e torna-se necessário que da parte da pessoa haja motivação para alcançar as metas que vão sendo estabelecidas, tendo presente que não é possível encetar processos de mudança se não está clara a amplitude da tarefa.

Sendo esta uma técnica de relação interpessoal, com determinadas características, a forma como os profissionais de saúde comunicam com os pacientes em processo de mudança pode constituir um fator decisivo para o sucesso (Miller & Rollnick, 2001) uma vez que:

- é um processo que procura compreender a pessoa a partir daquilo que ela conta;
- a relação entre o profissional e cliente é baseada numa parceria, respeitando a liberdade de escolha e autodeterminação deste.
- a motivação para mudar tem de partir da pessoa e não ser imposta por outros;
- incentiva o cliente a expressar os seus problemas, preocupações, desejos e intenções de mudança e a identificar as suas competências para essa mudança.

- monitoriza o comprometimento do cliente para a mudança, devendo o profissional estar atento aos sinais do cliente para gerir as estratégias motivacionais.

O grande objetivo da entrevista motivacional é diminuir as expressões verbais de resistência e aumentar as expressões verbais de mudança e para isso segundo Miller & Rollnick (2001) existem cinco princípios básicos na entrevista motivacional:

7. Expressar empatia: no sentido de aceitar a postura do cliente, tentando entendê-lo, sem julgamento. Escutar de forma reflexiva para clarificar e ampliar a experiência pessoal do cliente, sem impor a opinião pessoal do profissional. Deste modo a relação é de parceria e troca, visando a autonomia, liberdade de escolha e a eficácia do cliente.
8. Desenvolver discrepância: entre o atual comportamento do cliente e objetivos mais amplos. É importante que o cliente tenha consciência das consequências da sua conduta, percebendo a diferença entre o comportamento atual e os objetivos futuros. Trabalhar a emoção gerada pelo desconforto da dúvida é um motor para a mudança. Para aumentar a eficácia é importante que o cliente verbalize as suas discrepâncias, estimulando-o a apresentar argumentos para a sua mudança.
9. Evitar argumentação: ou seja, confrontações diretas. Deve-se evitar discutir ou debater com o cliente sobre a conveniência ou a utilidade de uma mudança porque isso pode criar/aumentar resistência. Os argumentos diretos e as tentativas para convencer tendem a produzir comportamentos de oposição para a mudança e esta oposição surge porque o cliente tem a percepção de que a sua escolha está a ser limitada.
10. Fluir com a resistência: em vez de enfrentá-la. É importante reconhecer o momento do cliente e saber usá-lo em vez de ir contra ele. As novas perspectivas não devem ser impostas e para isso existem diversas estratégias para lidar com a resistência, tais como:
 - Reflexão simples: constatar que o cliente discorda ou que ele sente algo. Isto permite explorar melhor a situação ao invés de aumentar as suas defesas;
 - Reflexão amplificada: devolver ao cliente o que ele disse de uma forma amplificada ou quase exagerada. No entanto não se deve ser sarcástico deve-se fazê-lo de forma direta e apropriada, de forma a apoiar o cliente;

- Reflexão de dois lados: abordagem baseada na escuta reflexiva, constatando o que o cliente quis dizer e acrescentar a isso o outro lado da ambivalência do cliente.
- Mudança de foco: desviar o foco da atenção do cliente de algo que parece ser uma barreira para a sua evolução, ou seja contornar as barreiras;
- Concordância com algo mais: concordar, mas mesmo assim sugerir uma mudança sutil de caminho de modo a permitir influenciar a direção e a força da mudança;
- Ênfase no controle e na escolha pessoal: assegurar ao cliente que, no fim de contas, quem tem a última palavra é ele. É o cliente que muda se quiser, ele tem liberdade em determinar o que acontece no futuro;
- Reformulação: colocando os comentários do cliente noutro contexto ou dar-lhe outra interpretação, alterando o seu sentido. Reconhece-se assim a validade das observações do cliente, oferecendo-se um novo sentido para elas;
- Paradoxo terapêutico: concordar com o cliente na sua oposição em mudar, mas mesmo assim dar-lhe um sentido benéfico.

11. Estimular a autoeficácia: acreditar na possibilidade de mudança é um importante fator motivacional uma vez que tem influência sobre a capacidade de se iniciar um novo comportamento e mantê-lo. Os resultados anteriores positivos reforçam a crença do cliente na sua própria capacidade para mudar. O profissional tem aqui o papel de potenciador uma vez que o cliente é o responsável por escolher e fazer a mudança.

No entanto, Miller & Rollnick (2001) afirmam que existem diversas armadilhas que retardam ou dificultam o processo de mudança e geram resistência no cliente e estas são:

Pergunta/resposta – não facilita a reflexão;

Confronto/negação – é a mais frequente e a que deve ser evitada a todo o custo uma vez que aumenta a resistência;

Especialista – o profissional não deve assumir o papel de “*expert*”, mas sim ser um parceiro do cliente em todo o seu processo de mudança;

Rotulação – os rótulos exercem muitas vezes um estigma e causando resistência desnecessária;

Foco prematuro – tentar focar a questão rapidamente fará com que o cliente se distancie e fique na defensiva;

Culpa – a culpa é irrelevante e convém enfrentá-la com reflexão e reformulação das preocupações do cliente.

Relativamente às etapas do processo de enfermagem (Neeb, 2000), é possível fazer uma **analogia** com a entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2001), como demonstrado no esquema a seguir:

Processo de enfermagem	Entrevista motivacional
1. Avaliação inicial	1. Avaliação inicial
2. Diagnósticos de enfermagem	2. Estimular a motivação para a mudança
3. Implementação das intervenções	3. Fortalecer o compromisso para a mudança
4. Avaliação dos resultados	4. Términus da relação

4.1. Entrevista de reforço motivacional

Numa abordagem prévia realizou-se a avaliação inicial com a aplicação do questionário SADQ-C (avaliação da severidade da dependência do álcool), a escala SOCRATES 8D (avaliação da motivação para a mudança) e preenchidos os indicadores de processo da NOC (Anexo IV). Também foi feita uma explicação breve da estrutura das sessões, duração e periodicidade, tendo o R. concordado em participar nas mesmas.

De seguida passa-se a relatar o que de mais significativo se passou nas sessões realizadas.

1ª Sessão d [REDACTED]

Fornecer feedback estruturado a partir da avaliação inicial

OBJETIVOS

- Desenvolver a consciência de si;
- Dar feedback dos resultados colhidos anteriormente;
- Incentivar a identificação de comportamentos problemáticos;
- Estimular a motivação para a mudança.

Nesta sessão foram apresentados os resultados da avaliação inicial de forma a descobrir quais os problemas que precisavam de ser abordados e qual a melhor maneira de começar – uma avaliação cuidadosa é essencial no desenvolvimento de um plano de mudança adequadamente individualizado.

Foi apresentado o resultado do questionário SADQ-C, que apresenta um grau de dependência física do álcool moderado, sendo o resultado descrito juntamente com as informações necessárias para a sua compreensão – mas sempre dentro de um contexto que permita ao cliente formar as suas próprias conclusões.

“Eu não sei o que o R. vai achar deste resultado, mas...” – os resultados são apresentados com um comentário introdutório que sublinha a liberdade de escolha.

O R. verbaliza sem constrangimentos o motivo pelo que recorreu á ET e considera que os seus comportamentos “não têm sido os melhores”, responde erguendo as sobrancelhas.

“Isto realmente surpreendeu-o, não era o que esperava?” – a escuta reflexiva é uma excelente forma de responder tanto ás reações verbais como ás não-verbais. “Até estava a pensar que dava um resultado pior. Pensava que a minha dependência era maior, porque ao longo da minha vida fiz muitas asneiras” (sic).

Em relação ao resultado da SOCRATES 8D o R. encontra-se no estadio da ação, demonstrando reconhecimento do problema com uma tendência para agir no sentido de implementar a mudança. Aqui o R. rapidamente concordou dizendo “das outras vezes eu só parava de beber no dia antes a começar o tratamento e desta vez eu parei uma semana antes. Desta vez estou mesmo decidido a parar” (sic) – fazer afirmações positivas, reforçando afirmativamente e apoiar o cliente destacando aspetos positivos por meio de frases de compreensão, reforçando a sua autoestima e autoeficácia. “Eu entendo como deve ter sido difícil para si decidir vir até aqui. Você deu um grande passo!”.

Para finalizar esta sessão foi feito um resumo do que foi discutido até aqui – este resumo deve incluir sempre que possível: riscos e problemas que surgiram nas avaliações (obesidade, HTA, diabetes), as reações do cliente ao que foi dito (surpresa) bem como as afirmações automotivacionais (está decidido a parar), um convite para que o cliente corrija ou acrescente algo ao resumo (referiu que um dos problemas também era o seu fígado uma vez que tinha hepatite C, já com o tratamento feito, mas que mesmo assim tinha alterações nas análises e que isso o preocupava).

2ª Sessão

Motivar para a mudança

OBJETIVOS

- Reformular preocupações de modo a ligá-las ao problema;
- Ajudar a refletir sobre processos que geralmente são automáticos;
- Identificar alguns dos aspetos menos bons do comportamento, bem como os bons;
- Apoiar sinais de mudança.

Esta sessão iniciou-se com a pergunta “Refletiu sobre o que foi dito na semana passada?” ao que o R. respondeu que se lembrou da nossa conversa e isso “levou-me a pensar porque é que eu bebia” disse franzindo as sobrancelhas

“Você está preocupado.” – escutar reflexivamente de forma a tornar o processo mais consciente e a provocar menos resistência. Ao se ouvir uma afirmação o cliente considera o que ela pode significar e escolhe o significado que ele acredita ser o mais provável.

R. refere a si próprio como “uma pessoa maldisposta” (sic) que bebia para ficar bem-disposto “para a vida ficar mais divertida” (sic). Quando chegava a casa “não sabia o que fazer até a G. chegar e a única coisa que me lembrava era beber” (sic).

“Eu gostava de perceber como o R. agora faz para isso não acontecer. Que estratégias encontrou? Fale-me sobre isso” – pergunta aberta de modo a encorajar o cliente a falar o máximo possível.

“Agora fico na empresa á espera que a G. acabe o trabalho. Aproveito e vou adiantando o serviço. Assim não vou para casa sozinho e já não sinto essa necessidade” (sic). “Essa é uma boa estratégia” – encorajar e apoiar o cliente através da estimulação direta.

“Foi a que encontrei! Agora quando acabamos o trabalho vamos jantar e depois é que vamos para casa. Mas isto também tem um problema, é que comemos sempre fora e eu assim tenho dificuldade em emagrecer. Tenho de fazer alguma coisa para isso” (sic). “Boa. Já consegui sozinho arranjar uma estratégia para parar de beber” – estimular afirmações automotivacionais.

“Em relação a emagrecer, o que acha que lhe pode acontecer de pior se você continuar da mesma maneira que até agora?” – pedir ao cliente que descreva as

suas preocupações imaginando as piores consequências. “Sei lá... só me falta começar a não dormir e ter que aumentar mais a medicação para isso” (sic).

“O R. lembra-se de como eram as coisas antes de você começar a engordar? O que é que mudou?” – fazendo o cliente olhar para trás e recordar o uso de substâncias no passado, revela que a tolerância do cliente aumentou consideravelmente. Pode ser usado como agente motivador, reformulando essa situação como sinal de perigo. “Na altura eu era mais novo, fazia exercício. Agora tenho de começar a fazer alguma coisa” (sic).

“Acho ótimo que o R. queira fazer algo em relação a isso!” – estimular afirmações automotivacionais. “A enfermeira não tem uma sugestão para mim?” (sic).

“A minha sugestão é que em vez de estacionar o carro ao pé das coisas comece a estacioná-lo progressivamente um pouco mais longe. Todos os dias aumenta um pouco a distância, assim você pode ter sucesso. Aos poucos você é capaz de fazer isso.” – promover a autoeficácia dando ênfase à responsabilidade pessoal. O cliente é responsável por decidir e realizar mudanças pessoais.

Finalizou-se fazendo a síntese do que foi discutido até aqui – este resumo deve incluir sempre que possível: riscos e problemas que surgiram (falta de exercício, vida sedentária), as reações do cliente ao que foi dito (preocupação) bem como as afirmações automotivacionais (já encontrou sozinho uma estratégia e quer começar a fazer alguma coisa para resolver o problema da obesidade), um convite para que o cliente corrija ou acrescente algo ao resumo (concordou e não quis acrescentar nada).

3ª Sessão d XXXXXXXXXX

Fortalecer o compromisso com a mudança

OBJETIVOS

- Aumentar a consciência das opções;
- Avaliar a importância da mudança para o cliente;
- Avaliar a confiança do cliente na capacidade de mudar;
- Preparar o cliente para o término da relação.

Esta sessão pautou-se pela consciencialização das opções de escolha do R. e da sua confiança em as manter.

“Das coisas que o R. disse aqui, quais são, para você, as razões mais importantes para mudar? Como vai fazer isso?” – evocar as forças que motivam o cliente, ao invés de persuadir. A motivação é um recurso interno. A evocação traz a proposta de ajudar o cliente a se recordar de elementos próprios e únicos que podem se tornar motivos para que haja uma mudança de comportamento.

“Acho que a razão principal é a minha saúde. Já não estou novo e o meu corpo reage de outra maneira e fico com mais doenças. A outra razão é a minha família. Eu não quero desapontar os meus pais mais uma vez...” disse o R. apresentando um fôlego triste. “O R. parece-me triste com isso tudo e compreendo essa tristeza.” – a atitude de aceitação e de respeito pelo cliente, bem como o desejo de compreender as suas perspectivas é uma das formas de expressar empatia.

“Diga-me numa escala de 0 a 10 qual é a confiança que tem na sua capacidade de mudar?” – aumentar a autoeficácia não está apenas restrito à dimensão da importância, mas também à percepção da capacidade para conseguir a mudança de comportamento. “Estou no 8” (sic).

“Boa. Está quase próximo do 10. Mas diga-me porque não fez uma avaliação inferior?” – explorar as razões de confiança que o cliente já possui. “Bem eu já consegui parar de beber uma semana antes de começar o tratamento, coisa que das outras três vezes nunca fiz. Por isso desta vez estou a fazer mais do que das outras vezes” (sic).

“Essa foi uma decisão sua, ninguém mais poderia tomar essa decisão sem ser você.” – dar ênfase ao controlo pessoal, estimulando a autoeficácia.

Após se ter feito a síntese da sessão foi recordado ao cliente de que a próxima sessão seria a última. Também se falou sobre o que se gostou ou não gostou nesta interação. No final o balanço do R. foi positivo – preparar o cliente para o término da relação.

4ª Sessão d

Fornecer uma perspectiva objetiva sobre o processo de mudança

OBJETIVOS

- Apoiar a autoeficácia;
- Reforçar o compromisso de mudança;
- Incentivar a reavaliação;

- Avaliar a eficácia da intervenção

Nesta sessão foi feito o encerramento formal das sessões, aplicando-se novamente a SOCRATES 8-D (Anexo V) e preenchidos os indicadores de processo da NOC (Anexo VI), recapitulando-se os seguintes temas:

- ✓ Fatores de motivação para a mudança mais importantes para o cliente;
- ✓ Mudanças e compromisso para a mudança alcançado até à presente data;
- ✓ Reforço da autoeficácia apresentada durante as sessões, dando ênfase à capacidade de mudar apresentada pelo cliente;
- ✓ Reconhecimento adicional de áreas para mudança que o cliente quer concretizar no futuro.

4.2. Resultados

Dada por terminada a entrevista de reforço motivacional passou-se à avaliação dos resultados obtidos.

Relativamente à motivação o R. já no início apresentava um reconhecimento do problema muito alto e uma ambivalência muito baixa. No fim da intervenção o reconhecimento manteve-se elevado e a ambivalência desceu ainda mais.

Segundo as *guidelines* de interpretação da SOCRATES 8-D (Janeiro et al., 2007) ao apresentar um alto reconhecimento do problema o R. reconhece que está a ter problemas relacionados com o seu consumo de álcool, levando-o a expressar o desejo de mudança e a perceber que os danos aumentarão se ele não continuar a mudar o seu comportamento aditivo.

O baixo score apresentado na ambivalência diz-nos que o R. não se questiona se bebe demais, se tem controlo sobre o uso, se o seu consumo magoa os outros ou se é alcoólico. Ele sabe e admite tudo isto. Interpretando esta descida da ambivalência de acordo com o grau de reconhecimento do problema pode-se concluir que o R. sabe que é o uso de álcool que lhe está a causar problemas.

O score muito alto na ação, que o R. manteve, diz-nos que ele já está a fazer algo no sentido da mudança e pode até ter experimentado algum sucesso até este momento. A mudança está em andamento e ele agora procura ajuda para persistir ou evitar uma recaída. Este é um fator preditor de uma mudança bem-sucedida.

No que diz respeito aos resultados NOC, no final das sessões, verificou-se que o cliente:

- diminuiu: a procura por informação atual acerca do uso de álcool;
- manteve: a noção sobre os riscos pessoais e as consequências associadas; o reconhecimento da capacidade de mudar o comportamento; a monitorização do ambiente quanto a fatores encorajantes e aos padrões pessoais de uso de álcool; o desenvolvimento de estratégias eficazes; a participação em exames de saúde monitorizando e reconhecendo as alterações no estado geral de saúde; a utilização nula de grupos de apoio e a utilização dos serviços de saúde coerentemente com as suas próprias necessidades e os recursos da comunidade; a mobilização dos sistemas de apoio pessoais; o controlo da ingestão de álcool.
- aumentou: a identificação dos fatores de risco; o ajuste, o compromisso e seguimento de estratégias para o controlo de uso de álcool.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Betty Neuman descreve o seu modelo como abrangente e dinâmico, uma vez que este inclui o conceito de cliente como um ser holístico.

Como enfermeiros especialistas as nossas intervenções visam a integridade da pessoa e têm como foco as variáveis que têm efeito sobre a resposta da pessoa aos estressores, procurando reduzir o seu efeito. Assim, baseada nessas proposições, uma boa avaliação do impacto e do significado de cada estressore no sistema e a compreensão dos mecanismos de *coping* anteriores, são fundamentais para uma adequada atuação de enfermagem.

A elaboração deste trabalho possibilitou-me evoluir positivamente adquirindo competências relacionais, comunicacionais e terapêuticas como Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Descobri que a entrevista motivacional é um modelo de intervenção muito promissor uma vez que é uma das formas para aumentar a motivação para a mudança em clientes considerados com uma menor chance de sucesso terapêutico. O seu objetivo principal é o de proporcionar ao cliente uma oportunidade para verbalizar os problemas e refletir sobre as opções de mudança, sendo o profissional visto como um parceiro e não como uma figura de autoridade. Assim os clientes sentem-se respeitados e com autonomia para tomar as suas decisões.

Penso ter sido importante ter deixado o cliente saber que eu estava acessível, disposta a ouvi-lo aumentando assim a sua autoeficácia não subestimando a sua vontade para mudar e reforçando desta forma os aspetos ligados á manutenção da sua abstinência.

Outro aspeto positivo foi o de ter evoluído as minhas competências com este tipo de clientes o que sem dúvida alguma irá interferir na minha própria motivação e disponibilidade para estar em um constante e necessário processo de mudança.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adès, J., & Lejoyeux, M. (1997). Comportamentos alcoólicos e seu tratamento. In (1 ed.). Coimbra: Climepsi Editores.
- Agostinho, M., & Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. In. Lisboa: Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol 4, iss 32, Pp 18-21.
- APA. (2014). MANUAL DE DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICA DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS. DSM-5™. In (5 ed.). Lisboa: CLIMEPSI.
- Balsa, C., Vital, C., & Pascueiro, L. (2011). O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal: Prevalências e Consumos, 2001-2007. In. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodpendência, I. P.
- Breda, J., Almeida, A., & Pinto, A. (1998). Avaliação do Grau de Severidade da Dependência Alcoólica: validação em língua portuguesa do SADQ-C (Severity of Alcohol Dependence Questionnaire) e do ICQ (Impaired Control Questionnaire). In: Boletim do Centro Regional de Alcoologia de Coimbra.
- Castro, M. F., Cleto, C. R., & Silva, N. T. (2011). Segurança e saúde no trabalho e a prevenção do consumo de substâncias psicoativas: linhas orientadoras para intervenção em meio laboral. In. Lisboa: I.D.T. ACT
- Connors, G. J., Donovan, D. M., & DiClemente, C. C. (2001). Substance Abuse Treatment and the Stages of Change - selecting and planning interventions. In. New York: The Guilford Press.
- Eurobarometer. (2010). EU Citizens' Attitudes Towards Alcohol. In: Special Eurobarometer 331, Wave 72.3 – TNS Opinion & Social, European Commission, Brussels.
- DGS. (2012). Plano Nacional de Saúde 2012-2016 In: Direção-Geral da saúde.
- DGS. (2013). Avaliação Antropométrica no Adulto In: Direção-Geral da Saúde: Orientação nº 017/2013.
- DRUID. (2012). Final Report: Work performed, main results and recommendations. In M. S. Horst Schulze, Raschid Urmeew, Kerstin Auerbach, (all - Federal & B. Highway Research Institute, Germany) (Eds.): Project co-funded by the European Commission within the Sixth Framework Programme (2002-2006).
- Edwards, G., Marshall, E., & Cook, C. (2003). The treatment of drinking problems: A guide for helping professions. In (4 ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ferreira-Borges, C., & Filho, H. C. (2004). Aconselhamento: Usos, abusos e dependências. In (1 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Janeiro, L., Faísca, L., & Miguel, M. (2007). Manual da SOCRATES 8D: Guia de aplicação e interpretação; contributo para a adaptação à população portuguesa. In: Manuscrito não publicado, Universidade do Algarve e Universidade de Sevilha.

- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria - ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. In (7 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. In. Lisboa: Lusodidacta.
- Mambriani, S. (1993). *La comunicación en las relaciones de ayuda*. In. Madrid: San Pablo.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2016). *Prevenção da Recaída. Estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos de dependência*. In (2 ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos (A. Caleffi & C. dornelles, Trans.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC) - Measurement of Health Outcomes*. In (5 ed.). St. Louis: ELSEVIER.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. In (1ª ed.). Loures: LUSOCIÊNCIA - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. In. Loures: Lusociência.
- Pillon, S., & Luis, M. (2004). *Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Vol 12, Iss 4, Pp 676-682 (2004)(4), 676. doi:10.1590/S0104-11692004000400014
- Ponte, J. P. (2006). *Estudos de caso em educação matemática*. In (Vol. 25, pp. 105-132): *Bolema*.
- SICAD. (2014). *Relatório Anual 2013 - A Situação do País em Matéria de Álcool*. In. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências.
- Stuart, G., & Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática*. In (6 ed.). Porto Alegre: ARTMED Ediora.
- WHO. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoactivas. Resumo*. In. Suíça: Organização Mundial da Saúde.
- WHO. (2014). *Global status report on alcohol and health – 2014*. In. Luxembourg: World Health Organization

ANEXOS

ANEXO I

APGAR FAMILIAR

(Versão adaptada por Agostinho & Rebelo, 1988)

A	Estou satisfeito(a) com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.	Quase sempre Algumas vezes Quase nunca	2 X 0
B	Estou satisfeito(a) pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e compartilha comigo a solução do problema.	Quase sempre Algumas vezes Quase nunca	2 X 0
C	Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas atividades ou de modificar o meu estilo de vida.	Quase sempre Algumas vezes Quase nunca	2 X 0
D	Estou satisfeito(a) com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.	Quase sempre Algumas vezes Quase nunca	2 X 0
E	Estou satisfeito(a) com o tempo que passo com a minha família.	Quase sempre Algumas vezes Quase nunca	2 X 0
Pontuação de 7 a 10 – Família altamente funcional Pontuação de 4 a 6 – Família com moderada disfunção Pontuação de 0 a 3 – Família com disfunção acentuada			

© Copyright 1978, by Smilkstein. All rights reserved.

ANEXO II

Questionário da Severidade da Dependência Alcoólica (SADQ-C)

(Versão adaptada por Breda, Almeida e Pinto)

Instruções

Por favor, responda às questões que se seguem sobre o seu consumo de álcool assinalando a opção que escolher com um **X**. Recorde nos últimos 3 meses que tenha bebido excessivamente e que seja semelhante aos períodos em que bebe demais, referindo qual o mês e o ano.

Mês: Ja [] ano: 20 []

	Nunca ou quase nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Quase sempre
1. No dia a seguir ao consumo de álcool, acordo com suores	0	1	x	3
2. No dia a seguir ao consumo de álcool, as munhas mãos tremem logo de manhã	0	1	2	x
3. No dia a seguir ao consumo de álcool, o meu corpo treme violentamente se não tomar uma bebida logo que acordo	x	1	2	3
4. No dia a seguir ao consumo de álcool, acordo encharcado em suor	0	x	2	3
5. No dia a seguir ao consumo de álcool, receio acordar logo de manhã	x	1	2	3
6. No dia a seguir ao consumo de álcool, tenho medo de encontrar as pessoas de manhã	0	x	2	3
7. No dia a seguir ao consumo de álcool, sinto-me à beira do desespero logo que acordo	x	1	2	3
8. No dia a seguir ao consumo de álcool, sinto-me muito amedrontado quando acordo	x	1	2	3
9. No dia a seguir ao consumo de álcool, gosto de tomar uma bebida logo de manhã	0	x	2	3
10. No dia a seguir ao consumo de álcool, tomo de uma golada, as minhas primeiras bebidas matinais o mais rapidamente possível	x	1	2	3
11. No dia a seguir ao consumo de álcool, bebo logo de manhã para não ter tremuras	0	1	x	3
12. No dia a seguir ao consumo de álcool, tenho um desejo muito forte de beber ao acordar	0	x	2	3
13. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de ¼ de uma garrafa de bebida espirituosa, ou 1 litro de vinho, ou 2 litros de cerveja	0	1	2	x
14. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de ½ garrafa de bebida espirituosa, ou 2 litros de vinho, ou 4 litros de cerveja	0	1	2	x
15. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 1 garrafa de bebida espirituosa, ou 4 litro de vinho, ou 8 litros de cerveja	0	1	2	x
16. Durante os períodos em que bebo excessivamente, bebo por dia mais de 2 garrafas de bebida espirituosa, ou 8 litros de vinho, ou 16 litros de cerveja	x	1	2	3

VSFF

Imagine a seguinte situação: bebeu pouco durante algumas semanas, depois bebeu imenso durante dois dias. Como se sentiria no dia a seguir a esses dois dias de grande consumo de álcool?

	Não	Ligeiramente	Moderadamente	Bastante
17. Começava a suar	0	1	x	3
18. As minhas mãos tremiam	0	1	x	3
19.O meu corpo tremia	0	x	2	3
20.Tinha um desejo enorme de beber	0	1	x	3

©Copyright 1983 by Stockwell, Murphy & Hodgson. All rights reserved.

ANEXO III

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

(Versão adaptada por Janeiro, Faisca e Miguel)

inicial

Instruções

Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de álcool*. Para cada afirmação assinale com um **X** indicando o quão concorda ou discorda com cada uma delas neste momento. Por favor, coloque um **X** em apenas um dos números relativamente a cada afirmação.

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

©Copyright 1996 by Miller & Tonigan. All rights reserved.

VSFF

Tabela 1. Cotação para cálculo das três subescalas

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

Tabela 2. Percentis para os 3 fatores

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

Anexo IV

Resultados/Classificação NOC

inicial

Controlo de Riscos: Uso de Álcool							1903
Definição: ações para eliminar ou reduzir o uso de álcool que constitui uma ameaça á saúde							
Resultado classificação geral	Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Às vezes demonstrado	Muitas vezes demonstrado	Consistentemente demonstrado		
Indicadores:	1	2	3	4	5	NA	
190318 Procura informação atual acerca do uso de álcool			X				
190319 Identifica fatores de risco para o uso inadequado de álcool				X			
190301 Admite riscos pessoais pelo uso inadequado de álcool					X		
190302 Admite consequências associadas ao uso inadequado de álcool					X		
190320 Reconhece capacidade de mudar o comportamento				X			
190303 Monitoriza o ambiente quanto a fatores que encorajam o uso inadequado de álcool					X		
190304 Monitoriza padrões pessoais de uso de álcool				X			
190305 Desenvolve estratégias eficazes para o controlo do uso de álcool					X		
190306 Ajusta estratégias de controlo de uso de álcool				X			
190307 Compromete-se com as estratégias de controlo de uso de álcool			X				
190308 Segue estratégias selecionadas de controlo de uso de álcool			X				
190309 Participa em exames para detetar problemas de saúde					X		
190310 Usa os serviços de saúde coerentes com as necessidades					X		
190311 Usa sistemas de apoio pessoal para controlo do uso inadequado de álcool				X			
190312 Usa grupos de apoio para controlo do uso inadequado de álcool	X						
190313 Usa recursos da comunidade para controlo do uso inadequado de álcool					X		
190314 Reconhece as alterações no estado geral de saúde					X		
190315 Monitoriza alterações no estado geral de saúde					X		
190316 Controla a ingestão de álcool					X		
Domínio: conhecimento de saúde e comportamento (IV)							
Classe: controlo de riscos e segurança (T)							

Anexo V

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

(Versão adaptada por Janeiro, Faísca e Miguel)

final

Instruções

Por favor, leia as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se *acerca do seu uso de álcool*. Para cada afirmação assinale com um **X** indicando o quão concorda ou discorda com cada uma delas neste momento. Por favor, coloque um **X** em apenas um dos números relativamente a cada afirmação.

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

©Copyright 1996 by Miller & Tonigan. All rights reserved.

VSFF

Tabela 1. Cotação para cálculo das três subescalas

Item	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		5	
Item 13		5	
Item 14	5		
Item 15			1
Item 16	5		
Item 17		5	
	Total 30	Total 35	Total 4
	(Intervalo: 6-30)	(Intervalo: 7-35)	(Intervalo: 4-20)

Tabela 2. Percentis para os 3 fatores

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

Anexo VI

Resultados/Classificação NOC

final

Controlo de Riscos: Uso de Álcool							1903
Definição: ações para eliminar ou reduzir o uso de álcool que constitui uma ameaça à saúde							
Resultado classificação geral		Nunca demonstrado	Raramente demonstrado	Às vezes demonstrado	Muitas vezes demonstrado	Consistentemente demonstrado	
Indicadores:		1	2	3	4	5	NA
190318	Procura informação atual acerca do uso de álcool		X				
190319	Identifica fatores de risco para o uso inadequado de álcool					X	
190301	Admite riscos pessoais pelo uso inadequado de álcool					X	
190302	Admite consequências associadas ao uso inadequado de álcool					X	
190320	Reconhece capacidade de mudar o comportamento				X		
190303	Monitoriza o ambiente quanto a fatores que encorajam o uso inadequado de álcool					X	
190304	Monitoriza padrões pessoais de uso de álcool				X		
190305	Desenvolve estratégias eficazes para o controlo do uso de álcool					X	
190306	Ajusta estratégias de controlo de uso de álcool					X	
190307	Compromete-se com as estratégias de controlo de uso de álcool				X		
190308	Segue estratégias selecionadas de controlo de uso de álcool					X	
190309	Participa em exames para detetar problemas de saúde					X	
190310	Usa os serviços de saúde coerentes com as necessidades					X	
190311	Usa sistemas de apoio pessoal para controlo do uso inadequado de álcool				X		
190312	Usa grupos de apoio para controlo do uso inadequado de álcool	X					
190313	Usa recursos da comunidade para controlo do uso inadequado de álcool					X	
190314	Reconhece as alterações no estado geral de saúde					X	
190315	Monitoriza alterações no estado geral de saúde					X	
190316	Controla a ingestão de álcool					X	
Domínio: conhecimento de saúde e comportamento (IV)							
Classe: controlo de riscos e segurança (T)							

Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). Nursing Outcomes Classification (NOC) - Measurement of Health Outcomes. In (5 ed.). St. Louis: ELSEVIER