



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**O Benefício Terapêutico Resultante da Psicoeducação
na Adesão Terapêutica em Clientes com Adição
Alcoólica**

Abel Acácio Seixas Martins

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Mental e Psiquiátrica
Relatório de Estágio**

**O Benefício Terapêutico Resultante da Psicoeducação
na Adesão Terapêutica em Clientes com Adição
Alcoólica**

Abel Acácio Seixas Martins



Orientador: Professor Doutor Paulo Rosário de Carvalho Seabra



**Lisboa
2021**

“Somente o curador ferido pode curar”

Irvin D. Yalom

Agradecimentos

Aos meus filhos Francisca e António peço desculpa pelo tempo que não lhes dediquei no desempenho da realização de mais esta etapa na minha vida.

Às colegas Ana Rosado e Silvia Lourenço pela amizade, pela compreensão e pelo apoio nalguns momentos difíceis.

Às enfermeiras orientadoras do estágio uma palavra de apreço, pelo seu contributo com momentos de reflexão que se revelarão fundamentais no meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional.

Ao professor Paulo Seabra, pela exigência, partilha de conhecimentos e pertinência dos seus comentários, muito obrigado.

A todos os enfermeiros com os quais me cruzei e de alguma forma contribuíram para esta caminhada, assim como a todos os clientes sem o qual a realização das intervenções não seria possível, o meu profundo obrigado.

À “animadinha” muito obrigado por tudo!!!

Aos meus irmãos muito obrigado por estarem presentes sempre que é preciso.

Aos meus pais um enorme agradecimento pelos valores íntegros que me transmitiram e que fazem de mim o homem com a dimensão humana que sou.

Lista de siglas e abreviaturas

ASA & ASCPF - American Society on Aging & American Society of Consultant Pharmacists Foundation

AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test – Versão Portuguesa

CH – Centro Hospitalar

CID-10 - Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CUA – Conhecimentos úteis sobre o álcool

DGS - Direção Geral de Saúde

DSM-5 - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais 5ª Edição

EESMP - Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

gr – gramas

gr/l – gramas por litro

HADS - (Hospitalar Anxiety and Depression Scale) Escala da Ansiedade e Depressão Hospitalar

HED - *Heavy Episodic Drinking* (Episódio de Consumo Pesado)

INE – Instituto Nacional de Estatística

ICN - *International Council of Nurses* (Conselho Internacional de Enfermagem)

L - Litros

MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos

OMS - Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

PUA - Perturbação de Uso de Álcool

QCAA - Questionário de Avaliação de Conhecimentos Úteis acerca do Álcool

RMPSJA – Relaxamento Muscular Progressivo segundo Jacobsen adaptado

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências

SNC - Sistema Nervoso Central

SNS – Serviço Nacional de Saúde

RESUMO

Este relatório pretende ilustrar o processo evolutivo, realizado ao longo do 11º Mestrado em Enfermagem área de Especialização de Saúde Mental e Psiquiátrica, da ESEL no ano letivo 2019/2021. Procura-se evidenciar o percurso formativo efetuado, bem como a aprendizagem que me proporcionou traduzindo o pensamento crítico, reflexivo apoiado nas minhas experiências nos locais de estágio. Espaços privilegiados para colocar em prática cuidados de enfermagem especializados à pessoa com perturbação de uso de álcool.

Neste sentido, desenvolvi um projeto que pretende avaliar o benefício da psicoeducação na adesão terapêutica na perturbação de uso álcool. O modelo teórico utilizado foi o modelo adaptativo de Callista Roy. Os objetivos incluem a aquisição de competências na diminuição da ansiedade e adoção de estratégias de *coping* efetivas, através de intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, dinamizando os grupos de clientes.

Tendo em consideração os objetivos traçados, a atuação desenvolvida e a análise crítica realizada, tentou-se apresentar neste relatório as atividades dinamizadas com o intuito de atingir os objetivos e desenvolver as competências intrínsecas ao EESMP, recomendadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Foram usados diferentes instrumentos para validar os critérios de diagnóstico para selecionar as pessoas para as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducacionais. Os resultados que se conseguiram foram a redução do nível de ansiedade, o aumento do nível de conhecimentos sobre a sua doença e os comportamentos a adotar em situações de risco, bem como um aumento do grau de adesão terapêutica.

Palavras-Chave: Adesão terapêutica; Bebidas alcoólicas; Psicoeducação; Relaxamento; Enfermagem Psiquiátrica.

ABSTRACT

This report aims to illustrate the evolutionary process that took place during the 11th Master's Degree in Nursing in the Specialisation area of Mental and Psychiatric Health at ESEL in the academic year 2019/2021. The aim is to highlight the training process carried out, as well as the learning that it provided me with, translating the critical and reflective thinking supported by my experiences at the internship sites. These are privileged spaces to put into practice specialized nursing care to people with alcohol use disorders.

In this sense, I developed a project aimed at assessing the benefit of psychoeducation in therapeutic adherence in alcohol use disorders. The theoretical model used was Callista Roy's adaptive model. The objectives include the acquisition of skills in reducing anxiety and adopting effective coping strategies through psychotherapeutic and psychoeducational interventions, by dynamising client groups.

Taking into account the objectives set out, the activities developed and the critical analysis carried out, this report aims at presenting the activities developed with the purpose of achieving the objectives and developing the intrinsic competencies of the EESMP, as recommended by the Ordem dos Enfermeiros (Portuguese Nurses' Association).

Different instruments were used to validate the diagnostic criteria for selecting people for psychotherapeutic and psychoeducational interventions. The results achieved were a reduction in the level of anxiety, an increase in the level of knowledge about their disease and the behaviours to adopt in risk situations, and an increase in the degree of therapeutic adherence

Keywords: Therapeutic Adherence, Alcoholic Beverages; Psychoeducation; Relaxation; Psychiatric Nursing.

INDICE

INTRODUÇÃO	13
1. PROBLEMÁTICA	15
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
2.1. Dados estatísticos do consumo de álcool no mundo, europa e em Portugal	17
2.2. Perturbação por Uso de Álcool	19
2.3. Adesão Terapêutica	21
2.4. Psicoeducação	23
2.5. Teoria da adaptação de Callista Roy	28
3. METODOLOGIA	31
3.1 Objetivos geral e específicos	31
3.2 Contextos	32
3.2.1. Internamento	33
3.2.2. Comunidade	34
3.3 População alvo	35
3.4. Questões éticas.....	36
3.5. Intervenção de Enfermagem.....	36
3.5.1. O Relaxamento	38
3.5.2. A Psicoeducação	39
3.6. Instrumentos de suporte e decisão clínica	40
3.6.1. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)	41
3.6.2. Questionário Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT- versão portuguesa).....	42
3.6.3. Questionário de Avaliação de Conhecimentos Úteis acerca do Álcool (QCAA)	43
3.6.4. Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)	44
3.7. Atividades desenvolvidas	44
3.7.1. Sessões de Relaxamento	44
3.7.2. Sessões de Psicoeducação	45
3.7.3. Entrevistas.....	45
3.7.4. Reflexões	46

3.7.5. Estudo de caso.....	47
3.8. Avaliação das intervenções desenvolvidas.....	48
3.9. Competências Adquiridas.....	59
4. CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS	
Anexo I - HADS	
Anexo II - AUDIT	
Anexo III - QCCA	
Anexo IV - MAT	
APÊNDICES	
Apêndice I - Avaliação da sessão de RMPSJA	
Apêndice II - Avaliação da sessão psicoeducativa CUA	
Apêndice III - Avaliação inicial da sessão Adesão terapêutica	
Apêndice IV - Avaliação final da sessão Adesão terapêutica	
Apêndice V - Plano de sessão do RMPSJA	
Apêndice VI - Fundamentação teórica do RMPSJA	
Apêndice VII - Guião da sessão do RMPSJA	
Apêndice VIII - Fundamentação teórica da sessão psicoeducativa CUA	
Apêndice IX - Plano de sessão psicoeducativa CUA	
Apêndice X - Fundamentação Teórica da sessão Fígado	
Apêndice XI - Avaliação da sessão psicoeducativa - Fígado	
Apêndice XII - Fundamentação teórica da sessão psicoeducativa Adesão terapêutica	
Apêndice XIII - Plano da sessão psicoeducativa Adesão terapêutica	
Apêndice XIV - Avaliação da sessão psicoeducativa Adesão terapêutica (internamento)	
Apêndice XV - Tabela de respostas antes e após a sessão da CUA	

INDÍCE DE FIGURAS

FIGURA 1- Esquema do Modelo Adaptativo de Roy	30
--	-----------

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1- Valores da Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (antes e após a sessão psicoterapêutica de RMPSJA).....	50
Tabela 2- Tabela 2 Valores da tensão arterial e da frequência cardíaca antes e após a sessão psicoterapêutica de RMPSJA.....	51
Tabela 3- Valores da Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (antes e após a 6ª sessão psicoterapêutica de RMPSJA no ambulatório 1º grupo).....	52
Tabela 4- Valores da tensão arterial e da frequência cardíaca (antes e após a 6ª sessão psicoterapêutica de RMPSJA no ambulatório 1º grupo).....	52
Tabela 5- Valores da Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (antes e após a 6ª sessão psicoterapêutica de RMPSJA no ambulatório 2º grupo).....	52
Tabela 6- Valores da tensão arterial e da frequência cardíaca (antes e após a 6ª sessão psicoterapêutica de RMPSJA no ambulatório 2º grupo).....	53
Tabela 7- Pontuação obtida pelos clientes no QCAA antes e após a sessão psicoeducativa CUA.....	54
Tabela 8- Tabela 8 Dimensões avaliadas no QCAA antes da sessão psicoeducativa CUA.....	55
Tabela 9- Dimensões avaliadas no QCAA após a sessão psicoeducativa CUA.....	55
Tabela 10- Resultados da avaliação antes e após a sessão Adesão Terapêutica.....	59

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido com a intenção de evidenciar os conhecimentos adquiridos e desenvolvidos sobre a problemática do alcoolismo, nomeadamente as intervenções de enfermagem desenvolvidas com a pessoa com Perturbação de Uso de Álcool (PUA). Estas intervenções procuraram transmitir conhecimentos para uma adaptação de soluções para os clientes, através da psicoeducação e da redução da ansiedade. No decorrer do estágio tentou-se que a prestação de cuidados de enfermagem especializados e o desenvolvimento de atividades que permitissem experiências para atingir os objetivos estabelecidos, nomeadamente a aquisição de competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP).

Encorajar os clientes com o diagnóstico de PUA, a desabituares-se e a manterem a abstinência por estes se apresentarem habitualmente com uma certa ambiguidade em relação ao tratamento, e que pode interferir negativamente com a sua reabilitação. A multiplicidade e a variedade do trajeto de vida do utilizador de álcool garantem que o comportamento não é fruto de uma relação fácil e simples entre a pessoa e a substância, verificando-se a existência de uma diversidade de fatores que intervêm no processo de iniciação, manutenção, evolução e abandono dos consumos (Ferreira e Moutinho, 2013). A transição da utilização de álcool para a abstinência representa uma situação de pressão exigente e complicada. A mudança para uma fase distinta pode ser compreendida como um acontecimento associado ao desenvolvimento humano e envolve um compromisso incontornável com novas funções, conceções e com o necessário ajustamento aos mesmos (Ferreira e Moutinho, 2013). Privilegiar o benefício terapêutico resultante da psicoeducação na adesão terapêutica dos clientes com PUA, quer no contexto de internamento quer no contexto comunitário, pode ser uma solução. A prioridade é a reintegração da pessoa no seu contexto familiar e comunitário tirando partido dos recursos existentes, em que a psicoeducação ambiciona ser um instrumento terapêutico ativo que permita potenciar as competências na gestão de situações de risco.

A construção do projeto teve como objetivo geral promover a adesão terapêutica em clientes com PUA, através da psicoeducação como uma abordagem em saúde mental e psiquiatria, tanto hospitalar como comunitária.

Possibilitou analisar os benefícios em saúde que resultam desta estratégia de intervenção, consolidando os cuidados de saúde mental e psiquiatria integrado no paradigma dos programas focados na abstinência ou minimização de danos. Ao longo da minha vida profissional, tenho observado que o cliente com PUA tem vários internamentos num curto espaço de tempo, o que nos leva a constatar que a reincidência é comum, o que significa que o não cumprimento da terapêutica é um provável fator que pode conduzir à recaída, o que pode querer dizer que um aumento da adesão terapêutica e o consequente controlo dos sinais e sintomas de abstinência poderiam evitar as recaídas. Neste sentido as sessões psicoeducativas foram focadas nas consequências físicas do consumo abusivo de álcool e na adesão terapêutica. Desenvolvi ainda, sessões psicoterapêuticas de relaxamento muscular progressivo adaptado segundo Jacobsen (RMPSJA).

Apresentarei um enquadramento teórico relativo aos dados estatísticos do consumo de álcool no mundo, na europa e em Portugal, nos conceitos de PUA, psicoeducação, adesão terapêutica e o modelo de Adaptação de Callista Roy. Posteriormente apresentarei a metodologia utilizada, onde se incluem os objetivos, os contextos, a população alvo, as questões éticas, as intervenções de enfermagem, os instrumentos de suporte e decisão clínica, as atividades desenvolvidas e a avaliação dessas atividades, as competências adquiridas e a conclusão.

1. PROBLEMÁTICA

Optei por elaborar um projeto de intervenção clínica, na área de alcoologia, com clientes com o diagnóstico de PUA, tendo em conta que a problemática elegida vai de encontro a um aumento dos internamentos hospitalares relacionados com os diagnósticos primários (Doença Alcoólica do Fígado e PUA), e secundários associados ao consumo de álcool, em Portugal, nos últimos dois anos em que há registos (2018 e 2019). Estes internamentos representaram 0,33% e 2,47% do total de internamentos hospitalares em 2019, sendo de notar que nos diagnósticos secundários há um aumento nos últimos três anos, atingindo o valor mais elevado dos últimos sete, ainda que 23,2% eram readmitidos no serviço nacional de saúde (SNS), Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD, 2019).

Esta opção foi efetuada em função do cliente com PUA, por este se apresentar habitualmente com uma certa ambiguidade em relação ao tratamento, o que pode interferir negativamente com a sua reabilitação e com o próprio tratamento. Reconhecendo que o desenvolvimento deste projeto foi de uma relevância fundamental, tendo em conta que foi a partir deste que foram desenvolvidas as atividades psicoeducativas e psicoterapêuticas, além de ser o documento orientador do estágio. Com o intuito de proporcionar um desenvolvimento pessoal e profissional, com a finalidade de desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP).

Atendendo à realidade em Portugal no que à matéria de saúde mental diz respeito e ao Plano de Ação da Comissão Nacional de Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental para o período de 2006-2017 e que em julho de 2017 foi prorrogado até 2020, há uma exigência cada vez maior de dar a conhecer e consciencializar a opinião pública para os problemas de saúde mental. Tendo em conta que a PUA é um problema de saúde mental exige-se atuar neste contexto.

Para esse efeito decidi desenvolver uma intervenção estruturada com um conjunto de sessões psicoeducativas a clientes com os diagnósticos de

enfermagem abuso de álcool, adesão comprometida e ansiedade presente (CIPE, 2018).

Neste sentido, desenvolvi o projeto intitulado o benefício terapêutico resultante da psicoeducação na adesão terapêutica em clientes com adição alcoólica. As atividades psicoeducativas e psicoterapêuticas desenvolvidas no contexto de internamento e no contexto comunitário procuraram responder ao Plano Nacional de Saúde Mental e tencionam ser mais um contributo às intervenções de enfermagem já desenvolvidas pelas respetivas equipas de enfermagem. Vários estudos têm mostrado que a psicoeducação tem sido utilizada com êxito em diversos domínios, quer na diminuição dos sintomas, quer no desenvolvimento de conhecimentos e na adesão terapêutica. A psicoeducação estimula outras intervenções terapêuticas, deste modo, de acordo com a particularidade de cada patologia o cliente e os cuidadores adquirem uma perceção diferenciada sobre a patologia em si, desenvolvem estratégias e aprendem a lidar melhor com os cenários de crise em que a ansiedade é reduzida, desenvolvem uma maior capacidade de adaptação na realização das suas atividades de vida diária, realçando a parte social do cliente.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Dados estatísticos do consumo de álcool no mundo, europa e em Portugal

O álcool é encarado como o “néctar dos deuses”, a substância psicoativa com maior predominância e de maior consumo na história do ser humano [Organização Mundial de Saúde (OMS), 2014]. O uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbilidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo, sendo-lhe atribuídas 3 milhões de mortes em 2016 – o equivalente a quase 5,3% de todas as mortes no mundo. No entanto, nos últimos anos a OMS descreve mesmo uma diminuição no nível global de mortes e morbilidade atribuíveis ao álcool (13,0% e 10,6%, respetivamente), apesar do número de doenças associado ser ainda muito significativo (OMS, 2018).

Os efeitos do uso abusivo de álcool sobrecarregam a sociedade, de forma direta e indireta, aumentando os custos nos hospitais e noutros serviços do sistema de saúde, no sistema judicial, na baixa produtividade no trabalho, traduzindo-se num maior absentismo e desemprego (OMS, 2018). Neste sentido, independentemente das questões de saúde, o uso abusivo de álcool está na origem de graves problemas económicos e sociais (OMS, 2014). Além disso, constata-se que as faixas etárias mais jovens (20-49 anos) são as mais afetadas em relação às mortes associadas ao uso abusivo do álcool, traduzindo-se numa maior perda de pessoas economicamente ativas (OMS, 2018).

A OMS publicou em 2018 mais um Relatório Global sobre Álcool e Saúde. De um modo geral, verifica-se no que ao consumo per capita diz respeito, que em 2016, quase metade da população mundial com 15 ou mais anos nunca consumiu álcool (44,5%), e mais de metade da população mundial com 15 ou mais anos não consumiram álcool nos últimos 12 meses (57%) e aproximadamente 43% da população são consumidores atuais (ou seja, consumiram nos últimos 12 meses). A média de consumo total per capita, na população mundial, com mais de 15 anos, aumentou de 5,5 L em 2005 para 6,4 L em 2016, o que se traduz em 13,9 gr de álcool puro por dia. Os maiores

consumos per capita são observados na Europa, apesar da redução de 12,3 L em 2005 para 9,8 L em 2016. Na Europa, cerca de 59,9% da população total são consumidores habituais de álcool. O consumo per capita no ano de 2020 foi de 6,6 L e as previsões para o ano de 2025 é de 7 L (OMS, 2018).

As mulheres frequentemente bebem menos do que os homens, apesar do número absoluto de mulheres que consomem bebidas alcoólicas ter aumentado no mundo. As bebidas destiladas correspondem ao tipo de bebida mais consumida no mundo (44,8%), seguida da cerveja (34,3%) e do vinho (11,7%).

Na faixa etária mais jovem surgiu um outro tipo de consumo, denominado “*binge drinking*”, sendo caracterizado por um consumo de seis bebidas padrão (a bebida padrão é igual a 10gr de álcool puro), no homem, e cinco bebidas padrão na mulher na mesma altura num espaço de duas horas (Botelho, Engle, Mora e Holder, 2011), e é equivalente a um consumo que se reflete numa alcoolémia igual ou superior a 0,8 g/l (Marinho, 2008). Este tipo de consumo é também conhecido por consumo episódico intenso (*heavy episodic drinking* - HED), correspondendo a 60 ou mais gr de álcool puro, em pelo menos uma situação, uma vez por mês. A prevalência do HED diminuiu globalmente de 22,6% em 2000, para 18,2% em 2016, entre a população mundial, mas permanece elevada entre os consumidores, mais especificamente em zonas da Europa oriental. A incidência deste tipo de consumos é menor entre os adolescentes, entre os 15-19 anos, comparativamente à população geral, mas atinge o seu pico entre 20-24 anos, quando se torna maior do que a população total e é particularmente significativa entre os homens (SICAD, 2018). Portugal apresentou uma prevalência de 11% para o consumo *binge* e de 10% para a embriaguez, nos últimos 12 meses. Estas prevalências foram das mais baixas entre os países europeus, embora a frequência de embriaguez fosse elevada.

Esta problemática do consumo de álcool representa no nosso país uma questão de saúde pública. De acordo com o relatório anual de 2019, do SICAD, constatou-se um abrandar da iniciação dos consumos, em comparação com o ano 2012, passando a idade média de 16 para 17 anos e a moda de 16 para 18 anos (SICAD, 2018).

Em 2019 foram reportados em Portugal 5 085 internamentos hospitalares, com diagnóstico primário associado ao consumo de álcool, na sua maioria

relacionados com doença alcoólica do fígado (64%) e PUA (26%). Entre 2011 e 2017, observou-se um decréscimo sustentado destes internamentos, principalmente em Portugal Continental. No entanto, nos últimos dois anos os mesmos aumentaram de forma consecutiva (+3% entre 2018 e 2019). Para além disso, considerando os diagnósticos secundários, o número é bastante superior (36 667 em Portugal Continental), verificando-se também nos dois últimos anos acréscimos. Em 2019, permaneceram em tratamento ambulatorio da rede pública, 13 926 utentes com problemas relacionados com o uso de álcool. Dos que iniciaram tratamento em 2019, 1 181 eram readmitidos e 3 416 novos clientes. Foi reforçada a tendência de acréscimo contínuo desde 2009 (com uma quebra em 2018) de utentes em tratamento, representando o valor de 2019 o mais elevado da década (+4% face a 2018). O número dos que iniciaram tratamento em 2019 (4 597) foi próximo ao de 2018, registando-se nestes dois anos os valores mais altos dos últimos sete anos (SICAD, 2019). Segundo o INE, em 2018 registaram-se em Portugal 2 493 óbitos por doenças atribuíveis ao álcool (2,2% do total de óbitos), representando um ligeiro acréscimo face a 2017 (+2%) e o segundo valor mais alto dos últimos sete anos (SICAD, 2019).

Portugal é o 11º país que mais álcool consome no mundo, cada português consome em média anualmente 12,90 L de álcool puro “per capita” (SICAD, 2019). Contudo, é também um dos países da Europa em que a taxa de perturbações provocadas pela dependência do álcool e drogas é mais baixa 1,91%. As estimativas nacionais mais recentes sobre as disponibilidades diárias per capita de álcool apontam para um consumo médio diário de 19,4 g de álcool, por habitante, em 2016, correspondendo 58% ao consumo de vinho, 25% ao de cerveja, 13% ao de aguardentes, licores e outras bebidas espirituosas, e 4% ao consumo de outras bebidas fermentadas. A descida contínua destas estimativas entre 2010 e 2013, infletiu a partir de 2014, representando o valor de 2016 um acréscimo de 10% face a 2013 (SICAD, 2019).

2.2. Perturbação por Uso de Álcool

Segundo Gigliotti e Bessa (2004) o álcool é uma droga, considerando que a dependência representa um modelo de ingestão, constituído e representado

por uma série de problemas fisiológicos, cognitivos e comportamentais, com potencial de desenvolvimento posterior ao uso reiterado de álcool. Comporta um profundo desejo de ingestão de bebidas alcoólicas, perda de controlo em relação ao seu uso, manutenção dos consumos apesar das consequências, sendo que os consumos se tornam o foco do indivíduo, em prejuízo de outros compromissos. Ocorre um aumento da tolerância ao álcool, bem como o surgimento de sinais e sintomas de abstinência quando o consumo é interrompido. Segundo Whitelock, Polen., Green, Orleans e Klein (2004), este tipo de consumo representa um consumo de risco.

Com o propósito de mensurar o consumo de álcool foi tipificada a bebida padrão (Babor, Higgins-Biddle, Saunders e Monteiro, 2001), para determinar o volume de álcool ingerido, num período específico. Assim, o consumo de álcool pode ser quantificado em gramas de etanol ou em bebidas padrão. Apesar de as bebidas alcoólicas terem diferentes níveis de teor alcoólico, os recipientes mais utilizados para o consumo das diversas bebidas têm um volume de álcool equivalente, e que coincide com uma unidade de bebida padrão. Segundo a norma da 030/2012 de 28/12/2012 da Direção Geral de Saúde (DGS,2014) em que definiu bebida padrão como a quantidade de bebida alcoólica que contém 10 g de álcool puro (Babor et al, 2001; Anderson, Gual e Colom, 2005). A densidade do álcool é de 0,79 g/ml (Babor et al., 2001). O volume de álcool puro consumido pode ser determinado através de uma equação em que se divide a percentagem de álcool da bebida por 100, multiplica-se o resultado obtido pela densidade de álcool (0,79 g/ml), e por fim multiplica-se pela quantidade ingerida em (ml).

A CID-10 e o DSM-5 descrevem diferentes tipos de consumo, nomeadamente o que vai do consumo pontual até à dependência. As duas classificações integram a dependência de álcool, salientando que esta pode desenvolver vários níveis de comprometimento, durante um processo que se inicia no consumo zero, até à dependência grave, relacionando o grau de dependência, com o grau de problemas. Convém realçar que segundo a CID-10, para se considerar um “uso nocivo” tem que ser evidente que o uso contribuiu para a deterioração física ou psicológica, sendo que a competência de julgar fica afetada ou resulta numa perturbação do comportamento e o tipo de dano é

nitidamente identificado. O uso nocivo está frequentemente relacionado a resultados sociais nefastos de vários tipos.

O DSM-5 renunciou à diferenciação entre o consumo nocivo e a dependência de álcool, levando a cabo a sua inclusão numa única entidade, designada por PUA. O DSM-5 definiu a PUA como um modelo de ingestão de álcool lesivo, que provoca fragilidades no estado de saúde e sofrimento clinicamente significativo, marcado pela existência, num período de 12 meses, de pelo menos dois de onze critérios de diagnóstico, os quais incluem: consumo de álcool em elevadas quantidades ou por um intervalo de tempo superior ao pretendido; inépcia na tentativa de diminuir ou de dominar o consumo de álcool; vontade intensa e persistente em consumir álcool; utilização de largos períodos de tempo a tentar adquirir álcool, a ingeri-lo ou a restabelecer-se dos seus efeitos; continuidade no consumo de álcool, independentemente de serem nítidas as influências manifestamente nocivas, tanto a nível físico e psicológico bem como nas relações interpessoais; interferência do consumo de álcool na aptidão do indivíduo em executar as suas atividades de vida diária; indiferença gradual em levar a cabo atividades de carácter social, ocupacional ou recreativo devido ao consumo de álcool; tolerância ao álcool e a presença de sintomas de privação quando o consumo é diminuído ou interrompido. A PUA é ainda catalogada como ligeira, moderada ou grave, conforme seja detetada a existência de, respetivamente, dois a três, quatro a cinco ou seis ou mais dos sintomas acima mencionados.

2.3. Adesão Terapêutica

Segundo o International Council of Nurses (ICN, 2017), “a adesão consiste numa ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.”

A expressão adesão terapêutica significa uma evolução de paradigma, o cliente deixou de ser encarado como o “fiel” depositário de regimes e instruções a cumprir, para passar a ser encarado como um recurso terapêutico essencial, cuja percepção motivacional deverá ser tida em consideração (ASA e ASCPF, 2011), no entanto, não deve ser descurado um esforço relativamente ao estabelecimento de uma relação entre o cliente e o profissional de saúde. Desta forma, a decisão conjunta, relativamente à escolha dos tratamentos, são justificadas por razões de ética e eficácia (Cribb, 2011). Portanto é pertinente uma abordagem centrada na pessoa, considerando os clientes como uma mais-valia no seu processo terapêutico.

Segundo Clifforda, Barbera e Horne (2008), há aspetos suscetíveis de influenciar a adesão e podem ser designados por intencionais ou não intencionais. A não adesão intencional ou premeditada está relacionada com a motivação e com as crenças pessoais. Por outro lado, a não adesão não intencional ou involuntária, está associada à incapacidade de cumprir a terapêutica. O grau de adesão terapêutica está condicionado por vários fatores interligados entre si e que interferem com o cliente, contribuindo para uma menor adesão aos conselhos sobre o tratamento da sua doença. Neste sentido, existem pelo menos cinco fatores que influenciam a adesão terapêutica: fatores demográficos, sociais e económicos; fatores relacionados com os serviços de saúde e profissionais de saúde; fatores relacionados com o tratamento; fatores relacionados com a doença; fatores relacionados com o utente (OMS, 2003).

Da análise das principais causas de morte nos países desenvolvidos, salienta-se que as doenças prevalentes são o cancro do pulmão, a doença coronária e a cirrose hepática, que são provocados por comportamentos. As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo (17,3 milhões de pessoas por ano), seguidas do cancro (7,6 milhões), das doenças respiratórias (4,2 milhões) e da diabetes (1,3 milhões). Estas doenças contribuem para 80% de todas as mortes e partilham quatro fatores de risco comportamental: tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e dietas desequilibradas (OMS, 2013). Na medida em que os comportamentos são alteráveis, admite-se a relevância de diminuir fatores de risco como o tabaco e o consumo excessivo de álcool, de incentivar uma alimentação equilibrada e de

fomentar o exercício físico regular e reforçar o conhecimento e educação para a saúde na diminuição de muitas doenças crônicas (George, 2012). Todos estes fatores interferem na forma como os clientes percebem a importância da adesão terapêutica. Simultaneamente comorbidades como a depressão, o abuso de álcool e drogas, são fatores importantes que influenciam os comportamentos de adesão (OMS, 2003).

Os comportamentos aditivos caracterizam-se como uma patologia crônica, que se manifesta por uma série de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, proveniente do uso de substâncias psicoativas, tais como a ansiedade, stress e a dificuldade em adotar estratégias de coping, o que dificulta a adesão terapêutica, face à exposição a situações de risco. Independentemente da importância da adesão terapêutica no processo de reabilitação, a literatura é consensual no que respeita ao reduzido índice de adesão pelos adictos, sendo que muitos iniciam o tratamento, mas poucos o mantêm (Ferreira, Borba, Capristano, Czarnobay e Maftum, 2015). A continuidade do tratamento pode estar comprometida, à medida que os utilizadores de substâncias se vão deparando com dificuldades como o lapso e a recaída, afetando a abstinência e a adesão ao tratamento (Ferreira et al., 2015). Considera-se que 20 e 70% dos utilizadores de substâncias psicoativas que iniciam o tratamento não o concluem (Ferreira et al., 2015). A não adesão terapêutica é um problema de saúde com que os profissionais se deparam nesta área, sendo que a motivação é essencial neste domínio. O uso de medicação também pode influenciar a adesão, já que alguns clientes têm a expectativa que se conseguem reabilitar recorrendo apenas à medicação. Contudo o tratamento medicamentoso é apenas um dos recursos terapêuticos, devendo ser complementado com a promoção e o desenvolvimento de estratégias de coping para alcançar mudanças comportamentais efetivas (Ferreira et al., 2015).

Segundo Hesbeen (2001), a natureza do projeto de vida de cada pessoa, a percepção que tem da sua doença e do seu futuro e a sua vontade de se curar, são elementos importantes na sua motivação para aderir ao plano terapêutico.

2.4. Psicoeducação

Para Sá Nogueira e Ribeiro (2008), o tratamento das adições inicia-se numa estratégia multidisciplinar que inclui as vertentes biológica, psicológica e social, com o intuito de atuar sobre todos os aspetos suscetíveis de conduzir à recaída. Segundo estes autores a intervenção psicológica é um dos aspetos essenciais no tratamento da PUA. Os planos terapêuticos devem ser dirigidos para a abstinência ou diminuição dos danos relacionados com o consumo, tendo como objetivos o manter a adesão terapêutica; prevenção de recaídas; aumento de competências e a qualidade de vida no cliente com PUA.

A Psicoeducação é um dos métodos mais usados na terapia cognitivo-comportamental englobando a comunicação de certos conhecimentos sobre a problemática da pessoa, esclarecendo-a das características da psicopatologia, (Figueiredo, Souza, Dell'Áglio Jr. e Argimon, 2009). Deste modo, a melhor forma para ajudar as pessoas é transmitir-lhe informação para possibilitar a sua autonomia e consciencialização. Assim, tem como objetivo formar e instruir. A psicoeducação em grupo possibilita novas consciências sobre a sua missão e contribui verdadeiramente na relação entre o profissional de saúde e o cliente, favorecendo a compreensão dos seus problemas e doenças, elucidando as dúvidas e demonstrando que os clientes têm um papel ativo na sua reabilitação. Embora seja uma técnica constituinte da terapia cognitivo-comportamental, os autores Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop e Pitschel-Walz (2006), destacam a psicoeducação como uma técnica autónoma deste método podendo ser aplicada como uma intervenção cognitiva independente. As intervenções cognitivas grupais promovem o estabelecimento de relações interpessoais e do suporte recíproco entre clientes.

Wood, Brendro, Fecser e Nichols, (1999) recomendam separar a palavra, sendo que a vertente psico remete para o domínio das teorias e técnicas psicológicas existentes. Por outro lado, a vertente educação relaciona-se com a parte pedagógica, que implica o processo ensino-aprendizagem. Neste sentido, a psicoeducação abrange o desenvolvimento social, emocional e comportamental do cliente, em que o profissional age como um percussor da mudança. A implementação deste método consiste em clarificar informações incorretas e inadequadas ou deturpadas, com o propósito de promover a relevância de um vasto conhecimento do cliente do seu problema (Menezes e

Souza, 2012). Desta forma a psicoeducação é um modelo complexo, uma vez que inclui diversas teorias e técnicas quer psicológicas, quer pedagógicas, orientadas para o domínio social, comportamental e cognitivo do cliente permitindo um entendimento multidimensional que envolve a doença.

O uso da psicoeducação tem uma consideração assinalável, cuja finalidade é fazer a prevenção, promoção e educação para a saúde. A utilização da psicoeducação pode ser específica e ser utilizada como intervenção psicoterapêutica (Alcântara, Shioga, Lima, Lage e Maia, 2013), ou ser utilizada conjuntamente com outras técnicas, fazendo parte do tratamento como um todo (Lima-Silva e Yassuda, 2012). A intervenção psicoeducacional pode ser desenvolvida nos cuidadores de clientes crônicos, desse modo, ela favorece a melhoria na análise do cuidado, criando nos cuidadores motivação ao constatarem ganhos no desempenho do seu acompanhamento (Lopes e Cachioni, 2013). A psicoeducação pode ser utilizada em grupo, pela sua relevância da experiência coletiva para a partilha da aprendizagem entre os clientes e para que se sintam seguros para expressar os seus pensamentos e emoções sem serem julgados e salientaram um maior autoconhecimento da sua doença, fomentando uma maior consciencialização e adesão ao tratamento (Meneses e Mello e Sousa, 2012).

O enfermeiro especialista pode recorrer a muitas formas de ensinar o cliente, para além do esclarecimento na reunião, nomeadamente usar revistas, indicar livros, panfletos, sites, vídeos, etc. (Colom e Vieta, 2004). Esta intervenção deve ser limitada no tempo, estruturada em sessões, focada na atualidade e na técnica de resolução de problemas, incidindo principalmente na literacia sobre “os sinais e sintomas, diagnóstico, etiologia, prognóstico, tratamentos farmacológicos e não farmacológicos” (Sousa, Mendes e Relvas, 2007 citados por Sequeira e Sampaio, 2020). A psicoeducação referente à psicopatologia, vai intensificar o argumento para a transição, incentiva o empenho pró-ativo do cliente na reabilitação (Knapp, 2004), podendo ser realizada de um modo geral, atribuindo atividades que possam ser desenvolvidas em casa, em sessões individuais ou reuniões de grupo (Daele, Hermans, Audenhove e Van den Bergh, 2012).

A psicoeducação de grupo tem um impacto muito relevante no tratamento de comportamentos aditivos. Existem autores que realçam um efeito positivo desta relativamente aos consumos (Andretta e Oliveira, 2011). Segundo Figlie, Bordin e Laranjeira (2010) a sua vasta aplicação tem a concordância de vários académicos, encarando-a como um procedimento precioso, que pode ser adotada na terapia de variadas substâncias químicas. A psicoeducação possibilita uma maior consciencialização sobre os danos da dependência, aumentando a responsabilidade do consumidor (Andretta e Oliveira, 2011). Esta modalidade está relacionada com um maior empenho no tratamento psicológico, maior adesão e diminuição das recaídas (Burlingame, Strauss e Bormann, 2006).

A psicoeducação tem também como objetivo, além da consciencialização do cliente com PUA, através do fornecimento de informação sobre a sua patologia, a motivação do mesmo para a adesão terapêutica. Neste sentido, o objetivo da adesão terapêutica constitui-se uma das áreas de intervenção autónoma mais importantes para o EESMP. No entanto, acredito, quando as pessoas não estão devidamente motivadas, não aderem a projetos terapêuticos, nem a regimes medicamentosos e não desenvolvem estratégias de coping adequadas. De acordo com Sequeira (2016), entende-se por motivação “o interesse em iniciar uma determinada modificação comportamental ou mantê-la (mudança), substituindo, habitualmente, um comportamento prejudicial por um comportamento salutogénico, ou simplesmente eliminando o comportamento prejudicial”. O mesmo autor acrescenta que a motivação, que constitui a chave para a mudança, envolve por um lado, a importância que a pessoa atribui ao comportamento e, por outro a confiança na sua capacidade para o modificar. Assim, considerada um “processo dinâmico e flutuante ao longo da mudança, e pode ser influenciada por diversas variáveis” (Sequeira, 2016), nas quais se inclui o enfermeiro. Assim, a motivação para a mudança, que desempenha um papel importante nos comportamentos aditivos, constituindo a base da procura e da adesão terapêutica (DiClemente, Bellino e Neavins, 1999), é uma variável importante a incluir na intervenção (Miller e Rollnick, 2001). Conhecer a dinâmica dos processos de mudança, permite saber que aspetos são mais importantes

em cada fase do processo e que estratégias são úteis para aumentar a motivação.

O Modelo Transteórico de Mudança de Proshaska e DiClemente (1982), que procura explicar como ocorre a mudança nos clientes, descrevendo as fases que caracterizam o processo de mudança de comportamento, considerando a existência de 5 fases – pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção – às quais se pode seguir uma recaída, que implicará num dos outros estádios de mudança. Passando a descrever cada uma das fases.

1) Pré-contemplação: a pessoa não tem consciência do comportamento nocivo, nem da sua gravidade do problema e não se encontra motivada para mudar;

2) Contemplação: A pessoa tem consciência do problema, mas ainda não está preparada ou não tem a certeza de o querer mudar. Há uma consciencialização para a necessidade de mudança, contudo não há envolvimento no processo. O cliente está inseguro e ambivalente;

3) Preparação: a pessoa está pronta para mudar. Ainda tem dúvidas sobre as estratégias, mas já tomou a decisão e está a planear a mudança;

4) Ação: a pessoa implementa o processo de mudança e altera efetivamente o comportamento;

5) Manutenção: a pessoa mantém o novo comportamento, através de um conjunto de estratégias que implementa para evitar a recaída;

Recaída: a pessoa abandona o comportamento benéfico para a saúde e retoma o comportamento prejudicial. Depois desta fase pode regressar a um estádio de pré-contemplação, contemplação ou preparação, sendo que é desejável que reinicie o processo de mudança o mais brevemente possível.

A intervenção com pessoas dependentes de álcool tem como objetivo principal consciencializar o cliente para a necessidade de mudança e consolidar/fortalecer o compromisso com o processo (Sequeira, 2016).

Neste sentido, considera-se que a baixa motivação ou a falta dela não é um problema em si devendo ser encarada como um desafio para o enfermeiro, e de modo a fomentar a mesma (Jefferson, 2001), sendo que características do estilo do enfermeiro influenciam a motivação do cliente e os resultados da

intervenção (Miller e Rollnick, 2001). Desta forma, a mudança é responsabilidade do indivíduo (pois só assim esta será verdadeira e duradoura) e ao enfermeiro cabe a tarefa de criar um contexto, no qual o cliente percebe a importância da adoção de um comportamento saudável e os benefícios que daí podem advir, levando-o “a explorar livremente as suas preocupações e a iniciar o processo de mudança” (Sequeira, 2016).

2.5. Teoria da adaptação de Callista Roy

O modelo de Callista Roy foca-se no conceito de adaptação da pessoa. Os conceitos de enfermagem, pessoa e ambiente estão todos relacionados a este conceito central. A pessoa interage continuamente com o ambiente deparando-se com estímulos, aos quais dá uma resposta e ocorre a adaptação. A resposta de adaptação pode ser tanto uma resposta eficaz, como uma resposta ineficaz (Tommey e Alligood, 2004). No caso de um cliente alcoólico em processo de reabilitação, a sua resposta de adaptação pode ser um comportamento de manutenção da abstinência, através, por exemplo, da adesão terapêutica evitando assim sintomas de abstinência, ou ineficaz, de não adesão terapêutica e conseqüentemente, de recaída. As respostas de adaptação são as que promovem a integridade e ajudam a pessoa a atingir o objetivo de adaptação. Por exemplo o recurso à intervenção psicoeducativa na adesão terapêutica no cliente com PUA, pode ajudar a manter a sobriedade. As respostas ineficazes, são respostas que não conseguem atingir ou que ameaçam os objetivos da adaptação, ou seja, respostas em que o cliente não consegue manter a sobriedade (Tommey e Alligood, 2004).

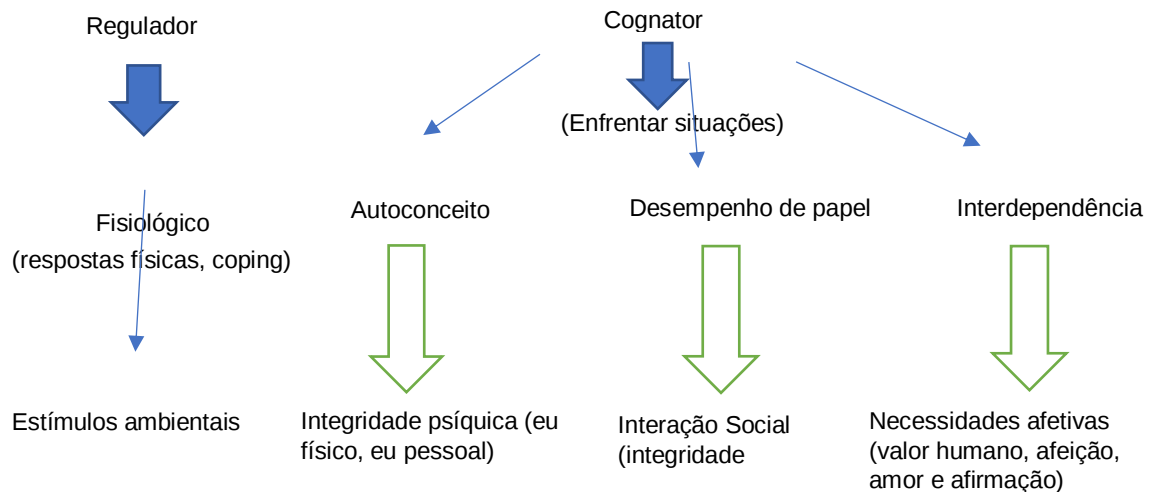
A enfermagem tem o objetivo único de ajudar o esforço de adaptação da pessoa a gerir o ambiente. O resultado é a obtenção de um nível ótimo de bem-estar, por parte da pessoa. Neste sentido, a transmissão de informação para a adesão terapêutica, de modo que a pessoa se mantenha sem sinais de abstinência e não adote comportamentos de risco. Enquanto sistema de vida aberto a pessoa recebe estímulos focais (internos ou externos), estímulos contextuais (são todos os outros estímulos ambientais, que contribuem para o efeito do estímulo focal, que se apresentam à pessoa, mas que não são o centro

da atenção da pessoa) e estímulos residuais (que são fatores ambientais, internos ou externos, com efeitos pouco claros na situação). No caso do cliente alcoólico, os estímulos focais podem ser, por exemplo, a ansiedade e os amigos, os estímulos contextuais podem estar relacionados com o frequentar locais onde se consome álcool.

Existem dois subsistemas integrados no modelo de Roy. O subsistema de processos primário, funcional ou de processos de controlo, que consiste no regulador e no cognator. O subsistema secundário, que consiste em quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, autoconceito, desempenho de papel e interdependência. Roy identificou quatro modos adaptativos ou categorias para a investigação de comportamentos, que resultam dos mecanismos regulador e cognator. O subsistema regulador de coping, por via do modo adaptativo fisiológico, representa a resposta física aos estímulos ambientais. O subsistema cognator de enfrentar as situações, através dos modos adaptativos de autoconceito, interdependência e desempenho de papel, responde através de quatro canais cognitivo-emotivos, tais como processamento de informação percetual, aprendizagem, julgamento e emoção (Tommeey e Alligood, 2004). O modo adaptativo integridade de autoconceito relaciona-se com a necessidade básica de integridade psíquica. Centra-se nos aspetos psicológico e espiritual da pessoa. O eu físico tem componentes de sensação e imagem corporal. O eu pessoal tem componentes próprios de autocoerência, de autoideal e de ser moral-ético-espiritual. O modo adaptativo de desempenho de papel identifica os padrões de interação social da pessoa, em relação aos outros, refletidos pelos papéis primário, secundário e terciário. A principal necessidade preenchida é a integridade social. O modo adaptativo de interdependência é onde as necessidades afetivas são preenchidas. Este modo identifica os padrões de valor humano, afeição, amor e afirmação. Esses processos ocorrem através dos relacionamentos interpessoais, tanto a nível individual, como em grupo (Tommeey e Alligood, 2004). Estes sistemas, habitualmente, estão alterados no cliente alcoólico. A exposição crónica ao álcool faz com que o cérebro sofra neuroadaptação, após essas alterações neurais, a abstinência de álcool cria um estado de desequilíbrio, conduzindo a sintomas de aumento de afeto negativo, como a ansiedade, a depressão e reatividade ao stress. A ansiedade durante a abstinência frequentemente desencadeia recaídas, porque o álcool pode aliviar

rapidamente a ansiedade e o afeto negativo. A ansiedade durante a abstinência resulta da desregulação das regiões cerebrais envolvidas na recompensa e na ansiedade. O cérebro experimenta a diminuição da sensibilidade à recompensa, aumento da ansiedade, intensificação da reatividade ao stress e ao aumento da secreção de hormonas ansiogénicas (Flook, 2020).

Figura 1 - Esquema do Modelo Adaptativo de Roy



3. METODOLOGIA

Primeiramente foi necessário determinar os contextos de estágio para posteriormente delinear os objetivos de estágio. A reflexão centrou-se na área de atuação, em que o projeto foi desenvolvido e nas exigências das intervenções a desenvolver. De certa forma, o processo decisional foi influenciado por motivações individuais e interesses decorrentes da prática clínica, levando a que o estágio fosse realizado nestes contextos. Para além disso, a necessidade de adquirir saberes e desenvolver competências com profissionais especializados no cuidar a pessoa com PUA foi determinante na escolha do estágio. Neste contexto, pareceu-me pertinente, com base nas características e perfil de tipo de cliente desenvolver o plano na área da adesão terapêutica, utilizando a psicoeducação como uma das abordagens de intervenção.

Deste modo, apresentam-se os métodos, contextos e intervenções desenvolvidas, que foram fundamentais para desenvolver um plano de ação e atuação na área escolhida.

3.1 Objetivos geral e específicos

O objetivo geral do projeto foi promover a adesão ao regime terapêutico em clientes com abuso de álcool. O estágio nos dois contextos teve as mesmas finalidades, nomeadamente o treino da intervenção especializada em Saúde Mental e Psiquiatria, no âmbito da psicoeducação e na adesão terapêutica nos clientes com abuso de álcool.

Foram definidos como objetivos específicos:

- a) Identificar evidência científica sobre o processo de adesão terapêutica em clientes com PUA;
- b) Identificar as crenças e os conhecimentos dos clientes em relação à PUA;
- c) Contribuir para o aumento do conhecimento dos clientes com PUA;
- d) Contribuir para o aumento do nível de adesão terapêutica dos clientes com PUA;
- e) Capacitar o cliente para a gestão da ansiedade;

f) Desenvolver o autoconhecimento e a autocritica em contexto clínico.

A realização do estágio procurou assegurar experiências, desenvolver saberes e competências especializadas na área da Saúde Mental e Psiquiatria, num ambiente concreto, que levou à aprendizagem e desenvolvimento das competências do EESMP definidas no regulamento das competências específicas do EESMP, da Ordem dos Enfermeiros (2018) e que serão explicitadas posteriormente.

3.2 Contextos

O percurso inicial do estágio apresentou algumas contrariedades e desafios. Cerca de um mês antes de iniciar o estágio, devido ao contexto de pandemia de covid-19 que continuamos a atravessar, a Unidade de Alcoologia foi encerrada, pelo que foi necessário procurar uma alternativa. Em conjunto com o Professor, foram desenvolvidos esforços para encontrar um novo campo de estágio, tendo encontrado a possibilidade de realizá-lo numa Unidade de Internamento Militar, onde realizei observação e ainda discuti o projeto com a orientadora de estágio. No entanto, uma semana antes de iniciar o estágio, fui contatado pela orientadora a informar-me de que devido ao agravamento da pandemia o referido serviço iria encerrar. Mais uma vez foi necessário encontrar um novo local de estágio, tendo o professor encontrado uma Unidade de Internamento na área aditiva que esteve recetiva a esta situação.

O estágio ocorreu de 23 de novembro de 2020 a 28 de maio de 2021 (com uma interrupção de aproximadamente dois meses devido à pandemia de covid-19), num total de 18 semanas, com uma duração total de 428 horas de contacto. Foi constituído por duas fases, a primeira, foi realizada no internamento, num período de 10 semanas, e a segunda ocorreu a nível comunitário, que ocorreu nas restantes 8 semanas. Os campos de estágio foram selecionados tendo em conta a sua relevância no âmbito da atuação e concretização do projeto anteriormente delineado, bem como os cuidados prestados e a disponibilidade de EESMP. Como já referi, o primeiro campo de estágio foi uma escolha de último recurso, mas que se revelou bastante desafiante e motivador, tendo sido

necessárias apenas pequenas adaptações ao projeto, tendo-se revelado o mesmo adequado às necessidades e à realidade encontrada. Os dois serviços onde se realizaram os estágios, desempenham missões no âmbito profissional de enfermagem, que potenciam o adquirir de competências profissionais e pessoais. O estágio possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos, tendo beneficiado de muitas situações específicas no domínio da Saúde Mental e Psiquiatria, através da prestação de cuidados de enfermagem especializados, que facilitaram a concretização dos objetivos traçados. Segundo Fonseca (2016) a realização do estágio possibilita ao estudante/profissional adquirir e desenvolver competências para o desempenho profissional. Deste modo, o estágio em ambiente real proporciona que o estudante/profissional consolide saberes teóricos, experiencie novas e distintas vivências e se torne perito, atualizando de forma permanente os cuidados que presta.

3.2.1. Internamento

A primeira parte do estágio que decorreu no internamento, de uma Unidade de Desabilitação na Área dos Comportamentos Aditivos e Dependências, na região de Lisboa. Esta unidade segue o Modelo Integrado de Intervenção, em que cada indivíduo tem um terapeuta de referência (psiquiatra ou psicólogo clínico), com o qual desenvolve um projeto terapêutico. Este técnico que assiste o cliente no decorrer de todo o tratamento em consulta individual ou de grupo, adota uma perspetiva biopsicossocial, promovendo a relação terapêutica e fomentando a saúde física, psíquica, emocional e a integração social da pessoa. Proporciona diversas abordagens de intervenção, que incluem a psicoterapia individual e de grupo, de várias orientações, bem como terapia familiar e grupos de apoio a familiares ou acompanhantes dos clientes (que se encontravam suspensas devido à pandemia por covid-19). Nesta Unidade, o internamento tem como objetivo a desabilitação de clientes com problemas de adição a substâncias psicoativas. O internamento tem a duração de 14 dias, em regime de porta fechada, proporcionando uma maior contenção aos clientes internados. O internamento é voluntário, sendo programado com antecedência com base na proposta do terapeuta de referência, e com o consentimento do cliente, sendo facultadas previamente as regras ao cliente. Nesta situação de

pandemia, é necessário apresentar um teste de covid-19 com resultado negativo com 48h de antecedência. Os objetivos do internamento são o tratamento do síndrome de abstinência, a sua estabilização e a descontinuação do consumo das substâncias psicoativas. A unidade tem uma lotação de 15 camas, distribuídas por duas alas (masculina e feminina), mas que devido ao contexto pandémico, foi reduzida para 6 clientes do mesmo sexo.

3.2.2. Comunidade

A segunda parte, realizada ao nível do ambulatório, teve lugar numa Área de Dia, numa Unidade de Tratamento e Reabilitação dum Centro Hospitalar (CH) em Lisboa, pertencente ao Serviço Nacional de Saúde. A Área de Dia, é destinada a clientes com PUA, de ambos os sexos, que estejam abstinentes há cerca de duas semanas, tem como critérios de exclusão comorbilidades graves, particularmente, défices cognitivos severos e atividade delirante ou alucinatória presentes, com a necessária suspensão dos consumos de bebidas alcoólicas há pelo menos 2 semanas e de outras substâncias psicoativas. Num momento inicial é analisada a motivação para o tratamento, assim como as necessidades de cada utente, com o objetivo de elaborar um plano terapêutico diferenciado, sendo por isso possível realizar a totalidade do programa ou em regime parcial. A Área Dia tem como finalidade motivar o cliente, transmitindo conhecimentos sobre a doença e suas fragilidades. Assegurar um espaço de partilha de experiências vivenciadas, história de vida e recomeço; reconhecer dificuldades interpessoais, favorecendo a capacidade de se vincularem; admitir e exprimir sentimentos; promover a modificação de comportamentos; incentivando um estilo de vida saudável; reformular um projeto de vida; estimular a autonomia e criatividade e ampliação da rede social (Ferreira e Moutinho, 2013). A Área Dia tem um horário semanal (de segunda-feira a sexta-feira), das 9h às 16h, com a duração aproximada de 3 meses, sendo este período variável de acordo com a evolução do cliente. Todas as intervenções terapêuticas são desenvolvidas em grupo, exceto as consultas individuais. A inclusão em grupo terapêutico facilita a consciência da doença, através da partilha da experiência de vida dos outros elementos, reduzindo habitualmente a resistência de cada um, quando há

mudança na percepção do problema, facultando também uma outra perspectiva acerca do mesmo. O projeto terapêutico envolve atividades como terapia de grupo, treino de competências sociais, grupo de prevenção de recaídas, atividades lúdicas, relaxamento; psicoeducação; grupo de estilos de vida saudáveis, grupo dos relacionamentos; grupo multifamiliar, consulta de psiquiatria, consulta de psicologia, terapia de casal, terapia familiar, atelier de emprego, entre outras. Deste modo, este plano terapêutico implica uma equipa multidisciplinar constituída por psicólogos, enfermeiros, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais (Ferreira e Moutinho, 2013).

Esta unidade acolhe clientes numa fase mais avançada do tratamento, já em abstinência, que já tiveram alta hospitalar ou que fizeram a desabitação alcoólica em ambulatório. A finalidade do mesmo consiste em facilitar a construção de um projeto de vida sem álcool e prevenir recaídas. Atualmente devido à pandemia a composição dos grupos não ultrapassa os cinco elementos, sendo realizados dois grupos em regime parcial.

3.3 População alvo

Nos dois locais de estágio referidos, as intervenções realizadas tiveram como público-alvo clientes adultos, com PUA, de ambos os géneros, abstinentes que concordaram integrar, de modo voluntário, as atividades terapêuticas executadas, expressando o seu consentimento verbal. Os critérios de inclusão para os participantes foram os diagnósticos de enfermagem de uso de álcool, ansiedade presente e adesão terapêutica comprometida, que frequentassem em regime de internamento ambos os serviços selecionados para o estágio. Para além disso, não deviam apresentar atividade delirante ou alucinatória, confusão mental de modo a não interferir nas dinâmicas realizadas. Nos dois locais de estágio os participantes participaram nas sessões desenvolvidas, quando cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos. No internamento, o público-alvo foi formado por clientes internados com problemas de adição de substâncias psicoativas, principalmente com uso de álcool, do sexo masculino, com idades compreendidas entre 27 e os 72 anos. No contexto comunitário, o público-alvo

foi formado por clientes de ambos os sexos, majoritariamente do sexo masculino e com idades entre os 44 e os 66 anos.

3.4. Questões éticas

As questões éticas e os aspetos deontológicos são as diretrizes centrais da prática de enfermagem. O respeito pelos direitos humanos e pela dignidade humana no vínculo com os clientes devem nortear a intervenção dos enfermeiros, estabelecido no Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2009). Deste modo, também o trajeto formativo que aqui se descreve, cumpriu esses requisitos. Desta forma, os clientes que concordaram integrar as sessões desenvolvidas foram esclarecidos sobre os objetivos e a metodologia das mesmas, concedendo o seu consentimento oral. Aos participantes foi garantida a sua privacidade, a confidencialidade e o sigilo profissional, bem como a liberdade de desistirem da atividade em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para o próprio, procurando respeitar os princípios da declaração de Helsínquia. Foi-lhes também comunicado que quando fosse relevante, teria de ser divulgada a informação, mas apenas aos profissionais da equipa terapêutica, respeitando-os.

3.5. Intervenção de Enfermagem

Uma intervenção, bem como uma comunicação terapêutica e empática por parte do enfermeiro para com o cliente, possibilita o desenvolvimento de uma relação de ajuda entre ambos, permitindo que o cliente veja no enfermeiro alguém competente e apto a ajudá-lo, facilitando uma reabilitação adequada e ajustada à necessidade de cada um. As intervenções de Enfermagem de Saúde Mental sustentam-se, em grande medida, nas teorias psicoterapêuticas, que se centram na consolidação da relação terapêutica, na preservação da oportunidade de ser ajudado, na possibilidade do treino cognitivo e gestão emocional, bem como no desenvolvimento de estratégias para serem aplicadas no quotidiano, aumentando da autoconfiança (Bloch, 1999). Presentemente, as

técnicas psicoterapêuticas têm uma proeminência no âmbito da Saúde Mental, porque incentivam uma percepção holística da pessoa, desenvolvendo competências relacionais, facilitando a análise de aspetos pessoais, que a levem a viver em equilíbrio, conduzindo à mudança de comportamentos, crenças e atitudes, promovendo o progresso e a evolução pessoal, podendo ser implementadas a nível pessoal ou em grupo. As intervenções de enfermagem de inspiração cognitivo-comportamental produzem vários benefícios, na área dos comportamentos aditivos segundo Payne (2003) a teoria cognitivo-comportamental foi desenvolvida de modo a conferir à pessoa um sentimento de análise sobre a sua vida e além disso um sentimento de segurança relativamente à ansiedade despropositada. Por outro lado, a terapia cognitiva fundamenta a sua ação na identificação e modificação de formas desadequadas de analisar a realidade e, a terapia comportamental baseia-se na adoção de estratégias adaptativas e abandono de comportamentos desajustados (Harrison, Geddes & Sharpe, 2002). Desta forma, do ponto de vista cognitivo a ansiedade resulta do modo como analisamos e atribuímos significados às situações e aos eventos, realizando uma avaliação enviesada da situação. Do ponto de vista comportamental a ansiedade comanda os comportamentos, podendo resultar em reações mais desajustadas à ansiedade. A terapia cognitivo-comportamental intervém de modo a reduzir os sintomas associados e ajudando a prevenir recaídas através da modificação de crenças e expectativas, da reabilitação cognitiva, no desenvolvimento de estratégias de coping para lidar com a situações ou estados emocionais e a mudança de comportamentos, atuando positivamente na gestão emocional, nomeadamente na diminuição da ansiedade.

Por outro lado, atividades em grupo, permite aceder a um maior número de pessoas, facilita o estabelecimento da relação de ajuda, potenciando a expressão de pensamentos, emoções, sentimentos bem como a discussão de comportamentos entre os intervenientes e, dessa forma, a influência e o desenvolvimento recíproco (Townsend, 2011). Independentemente de existirem vários tipos de grupos, os mais comuns são os grupos terapêuticos cujo objetivo é prevenir problemas futuros mais graves, demonstrando e desenvolvendo nos intervenientes modos eficazes de gerir o stress, causado por crises situacionais

(Townsend, 2011). Deste modo, as atividades de enfermagem em grupo, mais concretamente na gestão da ansiedade, permitem que os clientes se reconheçam nas experiências uns dos outros, promovendo o intercâmbio, a ajuda mútua, fomentando o desenvolvimento e aquisição de estratégias de coping que se adaptem às diversas situações do dia-a-dia, envolvendo-os ativamente, potenciando as competências mentais e sociais.

3.5.1. O Relaxamento

O relaxamento acontece quando há uma redução do stress e da angústia, em consequência da descontração do corpo e da mente. Um momento de paz de espírito (Townsend, 2011). Segundo Payne (2003) é um estado de espírito consciente, descrito pela sensação de tranquilidade e libertação do stress, das preocupações e receios. As divulgações mais antigas sobre técnica nesta área datam de 1929 e 1932, com o relaxamento progressivo de Jacobsen e o relaxamento autógeno de Schulz. Posteriormente, surgiram variadas técnicas, gradualmente com evidência científica relativamente às suas vantagens. Estes métodos, permitem a sua realização individual ou em grupo. O relaxamento está diretamente ligado a duas teorias, a teoria fisiológica e a teoria psicológica. A teoria fisiológica está associada ao relaxamento do sistema músculo-esquelético, endócrino e sistema nervoso autónomo. A teoria psicológica está interligada às correntes cognitiva, comportamental e cognitivo comportamental (Payne, 2003). À luz destas teorias podem ser demonstradas as vantagens do relaxamento. Este tem como propósito a prevenção e proteção da pessoa de doenças, resultantes do stress, bem como lidar com este utilizando o relaxamento como estratégia de coping, e deste modo, serenar a mente e permitir que o raciocínio se torne mais clarividente e eficaz (Payne, 2003). Assim, é considerado uma forma de adquirir tranquilidade em situações geradoras de stress, angústia e inquietação e por outro lado representam um meio para estimular a saúde física e mental. De acordo com Payne (2003), as técnicas de relaxamento tem-se revelado eficazes para quadros depressivos, ansiosos e aditivos. O objetivo das sessões, em que se recorre a esta técnica é promover um relaxamento generalizado ajudando a pessoa a enfrentar as fontes

de stress (Shah, Klainin-Yobas, Torres & Kannusamy, 2014). A generalidade das técnicas de relaxamento foca-se na respiração e na concentração, sendo estes os elementos essenciais do relaxamento. Os exercícios de respiração, embora simples, são a base de outros modos de relaxamento (Townsend, 2011), porque promovem a saúde física, mental e espiritual (Brown e Gerbag, 2017). O benefício de usar a respiração como estratégia de relaxamento deve-se à estimulação do sistema nervoso parassimpático, (em que o corpo reage a estados de tranquilidade com a redução do batimento cardíaco, da tensão arterial, da adrenalina e da glicose). É uma técnica de fácil aprendizagem, sendo conveniente para indivíduos com problemas em visualizar imagens mentais. Para além disso, é exequível em qualquer lugar ou altura que seja pertinente a redução do stress (Payne, 2003). O profissional deve encorajar os clientes a realizar estas técnicas no seu quotidiano quando são confrontados com situações adversas, de modo a rentabilizar o seu benefício. Vários estudos revelaram que ao modificar o modo de respirar, aumenta a probabilidade de repor o equilíbrio, nos mecanismos de reação ao stress, apaziguando o pensamento perturbado, atenuando a sintomatologia ansiosa, e promovendo o bem estar físico, a resiliência e o rendimento, assim como as relações sociais (Brown e Gerbag, 2017). O relaxamento baseado na respiração proporciona o contato do próprio com o mesmo, facilitando o seu controlo intencional da respiração, através de um envolvimento ativo. Ao adquirir a consciência desse processo vai proporcionando o relaxamento, melhorando o autodomínio.

3.5.2. A Psicoeducação

A educação para a saúde é um procedimento básico e intrínseco à prática de enfermagem, tendo o enfermeiro um papel de consultor e mediador no ensino/educação. De um modo geral, a educação para a saúde permite à pessoa e à comunidade adotar atitudes e tirar partido delas com o objetivo de mudar comportamentos, alcançando uma vida mais saudável (Freitas, 2013). Durante o processo de ensino, tanto o enfermeiro, como o cliente, têm de estabelecer metas exequíveis e ter uma atitude proativa para que essa evolução seja possível (Freitas, 2013). Em Saúde Mental a psicoeducação, que evoluiu do

conceito de educação para a saúde, tem como objetivo proporcionar ao cliente/família informação sobre a patologia, a adesão terapêutica, ensinar estratégias para enfrentar situações de risco, assim como informação referente a entidades especializadas. Deste modo, o EESMP “Implementa intervenções psicoeducativas para promover o conhecimento, compreensão e gestão efetiva dos problemas relacionados com a saúde mental, as perturbações e doenças mentais” (OE, 2018). A psicoeducação envolve uma atitude educativa planificada, não formal, dado que é realizada fora das vias formais de ensino (Lemes e Neto, 2017). Está intimamente ligada à aquisição de competências psicológicas ao adquirir saber e competências psicológicas, sendo aplicável em diversos ambientes, incluindo as perturbações mentais e físicas (Lemes e Neto, 2017). Consiste em promover e proporcionar à pessoa conhecimentos importantes sobre o seu estado de saúde e estratégias de coping adequadas, além de ensinar a gerir os sintomas. Possibilita a capacitação, ao melhorar o índice de conhecimento sobre as dificuldades com que a pessoa se depara, contribuindo na redução dos sintomas de várias doenças (Shah et al., 2014). Resumidamente, a intervenção psicoeducacional proporciona que o cliente/família reforce o seu conhecimento, acerca da patologia e do regime terapêutico, assim como ajuda a entender as situações de vida e a dar-lhe um sentido positivo. No domínio da Saúde Mental, a psicoeducação representa um modo de ensinar e de ajudar o cliente a gerir a sua doença mental, fomentando a autonomia e a tomada de consciência, levando à alteração de comportamentos, social e emocional (Lemes e Neto, 2017). Uma intervenção psicoeducativa de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, propriamente dita, deve ser efetuada por um EESMP e ter como objetivo a literacia em saúde mental, conduzindo ao empoderamento do cliente no que se refere a atitudes promotoras da saúde (Sequeira e Sampaio, 2020).

3.6. Instrumentos de suporte e decisão clínica

As intervenções de enfermagem programadas e executadas foram realizadas nos dois locais de estágio, nomeadamente as de cariz psicoterapêutico, tais como as sessões de relaxamento muscular progressivo

adaptado segundo Jacobsen (RMPSJA), assim como as de cariz psicoeducacional. Este aspeto possibilitou tanto o reforço dos conhecimentos, como o desenvolvimento de novas habilidades na dinamização das atividades. Estas sessões foram sujeitas a alguns ajustes, em cada local de estágio, considerando o público-alvo, o enquadramento existente, o plano de atividades e a duração do estágio. Por essa razão, serão apresentados inicialmente os instrumentos de suporte e decisão clínica e posteriormente, as atividades desenvolvidas, no decorrer do estágio, finalizando com a apreciação e avaliação mais pormenorizada das atividades executadas.

3.6.1. Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HADS)

Precedendo as sessões de relaxamento foi requerido aos intervenientes o preenchimento da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar(HADS) (subescala da ansiedade – Anexo I), para avaliação do nível de ansiedade dos clientes, validada para a população portuguesa. Esta escala foi desenvolvida por Zigmund e Snaith em 1983, é constituída por duas subescalas, sendo uma para a ansiedade e outra para a depressão. Cada subescala é composta por sete questões de escolha múltipla sobre sintomas depressivos e ansiosos. Para cada questão o cliente deve responder sobre a presença ou a frequência dos sintomas, num formato de resposta do tipo likert, nomeadamente entre o 0 e 3, dependendo da intensidade dos sintomas. Dessa forma, o resultado total da HADS varia de 0 a 21 pontos para cada subescala, sendo que entre 0 a 7 significa a ausência de sintomas depressivos ou ansiosos, entre 8 e 10 representa um possível caso de depressão ou ansiedade e de 11 a 21 como um provável caso destas patologias. Neste estágio só foi utilizada a subescala da ansiedade. De acordo com Zigmund e Snaith (1983), a subescala demora em média 10 minutos a ser preenchida pelo cliente, constituindo uma ferramenta de fácil utilização, revelando qualidades psicométricas para a avaliação da ansiedade e depressão (Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso, 2006). Esta escala foi preenchida em duas ocasiões distintas, antes da primeira sessão, bem como anteriormente e após a segunda sessão de RMPSJA, tendo sido também avaliados os sinais vitais (tensão arterial e frequência cardíaca), antes e após a

sessão. Foi também elaborada uma folha de avaliação da sessão de RMPSJA de fácil preenchimento (Apêndice I), para os clientes se poderem expressar.

3.6.2. Questionário Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT- versão portuguesa)

O AUDIT – versão portuguesa (Anexo II) é um instrumento de avaliação desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo sido validado para a população portuguesa em 2002. A sua utilização tem-se mostrado relevante para triagem e diagnóstico de problemas ligados ao álcool. Num primeiro momento pode utilizar-se o AUDIT C, que inclui apenas as três primeiras perguntas do questionário AUDIT. Se a pontuação obtida for superior a 3 na mulher e a 4 no homem, classifica-se como consumo excessivo de álcool, sendo recomendada a utilização dos restantes itens do AUDIT, permitindo a avaliação do nível de risco e identificar a intervenção a realizar. Neste sentido, a pontuação de 0 a 7 corresponde uma intervenção de educação e informação sobre o risco; a pontuação de 8 a 15 (risco) ao aconselhamento simples; a pontuação de 16 a 19 (consumo nocivo) intervenção breve e seguimento; a de 20 e 40 (dependência) exige o encaminhamento para serviços especializados em dependências. Este teste possibilita a identificação de diferentes níveis de consumo de álcool, desde o consumo de baixo risco, de risco, nocivo e de dependência, de forma rápida e simples. Pode ser utilizado em qualquer serviço de saúde (DGS, 2014). Este questionário foi utilizado apenas no internamento, na fase inicial do mesmo para avaliar o tipo de consumos e complementar em conjunto com outros instrumentos de avaliação das sessões psicoeducativas, nomeadamente, “Conhecimentos úteis sobre o álcool” (CUA) e “Adesão Terapêutica”. Não foi utilizado no ambulatório porque os clientes que eram encaminhados para este serviço já estavam diagnosticados como dependentes, e eram avaliados anteriormente pela psicóloga do serviço, estando este questionário incluído na bateria de testes utilizada na triagem.

3.6.3. Questionário de Avaliação de Conhecimentos Úteis acerca do Álcool (QCAA – Barroso, Mendes e Barbosa, 2013)

O QCAA (Anexo III), é um questionário desenvolvido por Barroso, Mendes e Barbosa (2013), de autopreenchimento, composto por 40 afirmações com opção de resposta dicotômica, de verdadeiro ou falso. Analisa os conhecimentos úteis acerca do álcool, com 21 afirmações verdadeiras (1,2,3,7,8,10,12,13,17,19,21,25,26,27,30,33,35,37,38,39 e 40) e 19 falsas (4,5,6,9,11,14,15,16,18,20,22,23,24,28,29,31,32, 34 e 36). A pontuação varia entre 0 e 40 pontos, sendo atribuída a cada afirmação correta a pontuação de 1 e a cada afirmação incorreta a pontuação 0. Quanto maior for a pontuação mais conhecimentos o cliente terá acerca do álcool. Este questionário tem 5 dimensões de análise: I - álcool e bebidas alcoólicas (6 itens), II - álcool no organismo (11 itens), III - aspetos clínicos do consumo de álcool (13 itens), IV - falsos conceitos (6 itens) e V - repercussões sociais dos problemas ligados ao álcool (4 itens). Este questionário só foi usado no internamento, tendo sido aplicado antes e após, a realização da sessão psicoeducativa CUA. Foi também criada como forma de avaliação da sessão um documento avaliativo da sessão (Apêndice II). Este questionário teve como objetivo a avaliação dos conhecimentos dos clientes acerca do álcool e permitindo fazer o diagnóstico da situação, apoiando a construção da sessão psicoeducativa “Conhecimentos úteis sobre o álcool”. No ambulatório foi usado um questionário existente no SClínico sobre os conhecimentos dos clientes, em que o enfermeiro avalia se o cliente demonstra ou não conhecimentos sobre o álcool, é um questionário de fácil preenchimento de resposta dicotômica (sim ou não), tendo deixado de aplicar o QCAA por indicação da orientadora, que o achou extenso para os clientes. Foi também adaptada a sessão psicoeducativa sobre os CUA passando a designar-se “Consequências físicas do álcool no organismo – Fígado”, abordando as funções do fígado numa sessão e as doenças do fígado noutra, apresentadas a dois grupos diferentes de clientes. Embora os conhecimentos acerca do álcool não sejam por si só suficientes para alterar comportamentos, eles são necessários para a construção de uma perceção que fomente a consciência da doença e do risco dos efeitos associados ao consumo de álcool. Por outro lado, é importante salientar que a não perceção do risco como

importante preditor do consumo precoce de álcool, sublinhando-se a sua interferência na tomada de decisão esclarecida e informada (Perkins, 2007).

3.6.4. Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

Este questionário é constituído por 7 itens e pretende avaliar o nível de adesão terapêutica dos clientes. O formato de resposta é do tipo likert 1 = sempre e o 6 = nunca. O nível de adesão obtém-se somando os valores de cada item e dividindo pelo número de itens. Valores mais elevados significam maior nível de adesão. Este questionário foi aplicado com o propósito de fazer, mais uma vez, o diagnóstico da situação, relativamente à adesão terapêutica. Após a aplicação da MAT(Anexo IV), no internamento foi desenvolvida a sessão psicoeducativa “Adesão Terapêutica”. Esta sessão foi também apresentada no ambulatório, dividida em duas sessões, sendo apresentada a dois grupos de clientes diferentes. Foi também criada uma folha avaliativa da adesão terapêutica preenchida antes das duas sessões psicoeducativas, intitulada de Avaliação Inicial (Apêndice III) e uma após a realização das duas sessões psicoeducativas para analisar os ganhos terapêuticos ao nível dos conhecimentos, intitulada Avaliação Final (Apêndice IV).

3.7. Atividades desenvolvidas

3.7.1. Sessões de Relaxamento

Um dos focos da intervenção foi o RMPSJA, que assentou em exercícios respiratórios. Esta atividade foi efetuada entre duas a três vezes por semana, no internamento, de acordo com a disponibilidade da sala de atividades, num total de 9 sessões. No ambulatório foram efetuadas 8 sessões, apenas na segunda metade do estágio de acordo com as diretrizes da orientadora, devido às vicissitudes do serviço e o contexto de pandemia. As sessões de relaxamento decorreram segundo o plano de sessão elaborado (Apêndice V) atendendo aos objetivos da sessão, apresentando a descrição detalhada dos quatro momentos da mesma.

Os exercícios transmitidos e praticados nas sessões, foram adaptados dos autores Payne (2003) e Manes, S. (2011), bem como fundamentados por pesquisa bibliográfica (Apêndice VI) e suportados por um guião de sessão (Apêndice VII). Os intervenientes cumpriam os critérios de inclusão e deram a sua permissão oral. Previamente a cada sessão, a sala de atividades foi devidamente desinfetada e organizada com colchões, almofadas, luz ténue (quando possível), aquecimento (no internamento) e música relaxante. Procurou-se ter alguns cuidados para que não fosse perturbada a sessão, procurando com a ajuda das assistentes operacionais do serviço que a sessão não fosse interrompida. Foram avaliadas algumas sessões tanto no internamento como no ambulatório.

3.7.2. Sessões de Psicoeducação

As intervenções psicoeducativas foram efetuadas nos dois locais de estágio. No internamento foram apresentadas as sessões CUA e “Adesão Terapêutica” apenas uma vez cada. A primeira foi adaptada no ambulatório, passando a chamar-se “Consequências Físicas do álcool no Organismo – Fígado”, (funções e doenças) tendo esta sido mais aprofundada dando origem a duas sessões separadas. A segunda inalterada sendo também dividida em duas sessões, tendo estas sido apresentadas a dois grupos diferentes de clientes, perfazendo um total de 8 intervenções psicoeducativas. Em ambos os locais de estágio foram efetuados os diagnósticos da situação e cada tema foi desenvolvido após orientação da tutora. Todas as intervenções foram avaliadas por cada interveniente.

3.7.3. Entrevistas

No desenrolar do estágio tive a oportunidade de realizar entrevistas de colheita de dados no internamento, visto que no ambulatório a avaliação inicial era feita pela psicóloga. Foi uma atividade que se revelou muito útil no processo de aprendizagem, permitindo a análise dos aspetos afetivos, cognitivos e comportamentais, assim como a avaliação do estado mental (Phaneuf, 2005).

De acordo com Sampaio e Sequeira (2020), a entrevista deve ter como objetivos identificar, clarificar e excluir diagnósticos, assim como caracterizar o contexto relacionado com o diagnóstico. Segundo estes autores a entrevista deve ser marcada com antecedência, o contexto deve ser preparado (sala, privacidade, posição das cadeiras e organizar materiais necessários), bem como o guião da entrevista (foi utilizado o fornecido no guia orientador da unidade curricular). Todos estes pormenores foram tidos em consideração. Procurou-se estabelecer uma boa relação terapêutica, tendo sido esclarecidos os motivos da entrevista, fomentando a confiança e a compreensão, tendo em conta os objetivos a alcançar. Neste sentido foram efetuadas entrevistas individuais para efetuar o estudo de caso para realizar os respetivos processos de enfermagem no internamento e no ambulatório.

Nas entrevistas iniciais de acolhimento, a entrevista não é estruturada (não há um guia orientador, no internamento), tendo-me orientado pelo guia orientador da unidade curricular. Procedeu-se à recolha de dados que permitiram construir uma história vasta e pormenorizada, analisar o conhecimento do cliente sobre a sua patologia e perceber o envolvimento no tratamento, para desse modo construir uma parceria conjunta de cuidados, com o objetivo de obter resultados positivos e eficazes.

3.7.4. Reflexões

Esta caminhada foi motivada pela análise e reflexão críticas relativas às experiências vivenciadas, possibilitando a consciência deste tipo de realidade em concreto, desenvolvendo o autoconhecimento procurando um melhor planeamento das intervenções a desenvolver, contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Como disse Benner (2001) é indispensável desenvolver estratégias para que exista consciência do saber fazer, de modo a ser implementado e aperfeiçoado. Com esta finalidade, foram realizadas duas reflexões no internamento, baseadas no ciclo reflexivo de Gibbs. A primeira sobre uma situação vivenciada senti que me confrontei a mim mesmo com uma situação que me constrangia profundamente por já ter acontecido comigo. Essa situação levou-me a refletir porque a colega que foi

vitima da mesma, teve uma atitude completamente diferente da que eu estava habituado a adotar em situações semelhantes. Levando a confrontar-me com as atitudes que tomava anteriormente nessas situações. A colega conseguiu manter a calma e a postura, e subtilmente colocar o cliente “no seu lugar” sem nunca ser ofensiva para com o cliente que se mostrou desadequado. Desta forma a colega conseguiu ter o controlo da situação, e em ocasião alguma colocar em risco a relação terapêutica enfermeiro-cliente. Nesta situação tive consciência de mim, através da identificação das emoções, sentimentos e valores que podem interferir na relação terapêutica. A segunda reflexão foi sobre o estágio e um registo de interação sobre um ensino para a alta. No ambulatório foram realizadas duas reflexões, uma sobre uma experiência que presenciei e outra sobre o estágio. Estas reflexões suscitaram a análise sobre a forma como presto cuidados às pessoas com perturbação mental, de forma a melhorá-los e a desenvolver competências inerentes ao EESMP.

3.7.5. Estudo de caso

O estudo de caso procura perceber, estudar e explicar eventos num determinado ambiente. Através dos seus elementos específicos, a sua realização foca-se numa situação particular, percebendo um problema específico (Araújo, Pinto, Lopes, Nogueira e Pinto, 2008). Deste modo, no decorrer do estágio realizei dois estudos de caso, um no internamento outro no ambulatório, como referido anteriormente, que se sustentou na pesquisa bibliográfica, consulta do processo do cliente e entrevistas individuais, levando ao estabelecer de um plano individualizado de cuidados, com a finalidade de adaptar os cuidados prestados e melhorar os resultados.

Os diagnósticos de enfermagem que tive a oportunidade de aprofundar com os estudos de caso foram o conhecimento deficiente, o padrão de coping ineficaz, o insight comprometido e a alteração de processos familiares. O conhecimento deficiente relacionado com informação insuficiente manifestado por conhecimento insuficiente sobre doença e adoção de um estilo de vida não saudável. O conhecimento deficiente relacionado com o controlo do uso de álcool, com o processo da doença (dependência). O padrão de coping ineficaz

relacionado com estratégias ineficazes de alívio de stress manifestado por uso indevido de substância (álcool), diretamente influenciado pela forma de gerir o stress, lidar com os problemas e a resiliência pessoal. O Insight Comprometido relacionado com negação, medo de enfrentar a realidade, manifestado pela tendência em não refletir sobre a relevância dos sintomas, afetado pela aceitação do estado de saúde e a autoestima. A alteração dos processos familiares relacionado com o funcionamento incapaz manifestado por mudança no padrão de relacionamento, mudança nos padrões de comunicação devido ao funcionamento familiar. Os ganhos que os clientes tiveram nesta área de atuação foram os conhecimentos transmitidos nas sessões psicoeducativas, nos debates suscitados através da partilha onde todos aprendem a posicionar-se relativamente ao outro. Neste caso o grupo favorece o autoconhecimento através do que os outros são para eles e do que eles são para os outros, possibilitando o ensino das diversas funções relacionadas com a vida em sociedade, nomeadamente: a autorresponsabilização, o reconhecimento de papéis, a definição de canais de comunicação, etc. (Lebon,1997). Também o aconselhamento individual no sentido de evitar a pressão social direta e indireta, tentando corrigir comportamentos de risco, apesar de sentirem algumas dificuldades em adotar esses comportamentos.

3.8. Avaliação das intervenções desenvolvidas

No decorrer do estágio, ainda que tenham sido feitas algumas adaptações por necessidade própria e dos locais de estágio, tive a oportunidade de concretizar as atividades programadas, o que permitiu prestar cuidados especializados e desenvolver competências específicas na área de SMP. Neste relatório irei proceder à análise e avaliação das atividades desenvolvidas e a concretização dos objetivos, explorando as reflexões constituídas ao longo deste processo. Esta análise das atividades desenvolvidas será descritiva, apesar de ter utilizado a HADS antes e após uma sessão de relaxamento, nos dois locais de estágio, não tive a intenção de fazer um tratamento estatístico dos dados recolhidos. O recurso a esta escala serviu para analisar se as sessões de

relaxamento eram eficazes. Não se procurou correlacionar variáveis ou extrapolar resultados para outras áreas.

Sessões de Relaxamento

A implementação do projeto traçado iniciou-se com as sessões de relaxamento no internamento, onde foram efetuadas 9 sessões, a primeira na terceira semana de estágio, com a periodicidade de duas sessões semanais, com a duração aproximada de 30 minutos. No entanto, houve alguns dias que não foi possível a realização das mesmas por intercorrências no serviço. As sessões foram realizadas na sala polivalente do serviço, porque era uma sala de grandes dimensões, com capacidade para controlar a luminosidade e com aquecimento central. As sessões realizaram-se com o máximo de quatro clientes por sessão, devido às medidas impostas pela DGS no que respeita à pandemia. As sessões realizaram-se em colchões existentes nos serviços. Todos os clientes reuniram os critérios de inclusão. No ambulatório houve necessidade de realizar algumas adaptações, uma vez que um cliente fazia o relaxamento numa cadeira por apresentar patologia vertebral. No internamento participaram 9 indivíduos do sexo masculino, porque no período em que decorreu o estágio não foram admitidas senhoras. No ambulatório, participaram 7 clientes masculinos e 3 femininos. Os dados estatísticos confirmam que o predomínio do consumo de substâncias psicoativas, com a exceção das benzodiazepinas, é consideravelmente mais elevada no sexo masculino, assim como a procura de ajuda para se tratar (Balsa, Vital e Urbano, 2018).

Havia alguma apreensão da minha parte por ser a primeira vez que realizava uma sessão de relaxamento, apesar de já ter assistido à sua realização. E por outro lado estava apreensivo em relação à reação dos clientes, visto que estas sessões não faziam parte do plano de atividades instituído no serviço. No início, adotei uma posição um pouco rígida, sentado mas sem me encostar na cadeira. Notei, nesta fase, que adotei uma voz vacilante, guiando-me integralmente pelo guião, assumindo pausas mais curtas do que seria de esperar. No entanto, considero que não transmiti essa apreensão para os clientes, tendo atingido os objetivos a que me propus. No final da sessão interpelei os clientes para saber como se tinham sentido durante a realização da mesma, tendo obtido um feedback francamente positivo. No entanto, a partilha

com a orientadora que esteve presente em todas as atividades, permitiu um processo de autorreflexão, em relação aos pontos positivos e os pontos a melhorar, nomeadamente o estabelecer métodos diferentes para adquirir segurança e melhorar a minha postura nas sessões seguintes. Progressivamente, as sessões foram decorrendo com maior fluidez e naturalidade, permitindo alcançar os objetivos propostos. Foram realizados registos de algumas sessões e de algumas opiniões que os clientes expressaram no fim das mesmas. Genericamente os clientes perceberam e respeitaram as instruções do proferidas, havendo no entanto alguns clientes que necessitaram de explicações adicionais, procurando assim atender às necessidades de cada um. Constatou-se que, nas sessões iniciais, cada cliente, tinha maior dificuldade em focar-se e por vezes havia um ou outro que adormecia durante a sessão. Este aspeto também se deveu à medicação prescrita, concretamente benzodiazepinas que iam diminuindo com o avançar do internamento. Por outro lado, em alguns clientes foram observados sinais de resistência em relaxar, que se traduziu em movimentos, de partes do corpo, que não eram suposto naquela fase. À medida que assistiram a mais sessões esses sinais foram diminuindo, tal como se pode constatar nas tabelas 1 e 2, em que são apresentados os valores da HADS e os sinais vitais antes e após a sessão de RMPSJA. Globalmente os clientes aproveitaram e expressaram satisfação em ter conseguido descomprimir e relaxar. Tomando em consideração os comentários e as modificações observadas, em cada cliente, associados aos exercícios respiratórios, revelou-se compensador o trabalho desenvolvido, porque foram claras e obvias as vantagens das sessões.

Tabela 1 Valores da Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (antes e após a sessão psicoterapêutica de RMPSJA)

	Antes	Após
Cliente 1	6	4
Cliente 2	10	5
Cliente 3	14	9

Cliente 4	11	7
-----------	----	---

Tabela 2 Valores da tensão arterial e da frequência cardíaca antes e após a sessão psicoterapêutica de RMPSJA

	TA e FC (antes RMPSJA)	TA e FC (após RMPSJA)
Cliente 1	134/77-80	127/68-77
Cliente 2	101/57-91	106/68-90
Cliente 3	128/92-91	112/83-91
Cliente 4	114/78-88	113/77-74

Em relação às sessões de relaxamento no ambulatório foram efetuadas entre 3 e 28 de maio de 2021, com a frequência de duas sessões por semana a dois grupos de clientes diferentes. Estas sessões tiveram que sofrer algumas adaptações, devido ao espaço disponível para as mesmas ser mais reduzido, tendo no máximo três pessoas por sessão. O conhecimento adquirido no estágio de internamento permitiu que a execução desta atividade fosse mais fácil, embora os clientes estivessem em fases diferentes do tratamento, neste caso a manutenção da abstinência. Desta forma, os clientes demonstraram um nível mais elevado de interesse e de adesão às atividades, talvez por se sentirem mais motivados por se encontrarem numa fase mais adiantada do tratamento. Para além disso, esta é uma atividade incluída no plano de atividades, embora não fosse efetuada há algum tempo. No final das sessões os clientes demonstraram mais facilidade de expressão e maior satisfação na realização desta atividade. Um dado interessante foi quando apliquei a primeira vez a HADS e avalei os sinais vitais, antes e após a sessão de relaxamento, alguns clientes aumentaram a frequência cardíaca e a tensão arterial. Este fato deixou-me intrigado, refleti em conjunto com a orientadora que me explicou que uma sessão de relaxamento isolada, pode não desencadear o efeito desejado sugerindo que avaliasse os

sinas vitais ao fim da sexta sessão. Confirmou-se que na sexta sessão os valores da frequência cardíaca e da tensão arterial diminuíram. Passo a apresentar esses valores nas tabelas 3,4,5 e 6.

Tabela 3. Valores da Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (antes e após a 6ª sessão psicoterapêutica de RMPSJA no ambulatório 1º grupo)

	Antes	Após
Cliente 1	7	9
Cliente 2	1	2
Cliente 3	14	4

Tabela 4. Valores da tensão arterial e da frequência cardíaca (antes e após a 6ª sessão psicoterapêutica de RMPSJA no ambulatório 1º grupo)

	TA e FC (antes RMPSAJA)	TA e FC (após RMPSAJA)
Cliente 1	158/86 - 58	133/71 - 47
Cliente 2	147/82 - 62	129/78 - 90
Cliente 3	165/103 - 66	167/103 - 63

Tabela 5. Valores da Escala de Depressão e Ansiedade Hospitalar (antes e após a 6ª sessão psicoterapêutica de RMPSJA no ambulatório 2º grupo)

	Antes	Após
Cliente 1	12	9
Cliente 2	11	10
Cliente 3	4	7

Tabela 6. Valores da tensão arterial e da frequência cardíaca (antes e após a 6ª sessão psicoterapêutica de RMPSJA no ambulatório 2º grupo)

	TA e FC (antes RMPSAJA)	TA e FC (após RMPSAJA)
Cliente 1	130/82-97	116/83-100
Cliente 2	133/83-65	126/78-65
Cliente 3	153/79-73	127/63-82

No que diz respeito ao questionário avaliativo relativo ao RMPSJA elaborado por mim, em que se procurou criar um espaço onde os clientes pudessem apresentar os seus comentários em relação às sessões. O questionário era simples de resposta fácil, tendo sido apenas aplicado no internamento. Este incluía questões referentes ao tema da ansiedade e stress, e da adequação do espaço e partilha de experiências. Para além disso, tinham que avaliar se se sentiram seguros durante a sessão tendo, em conta o distanciamento social necessário devido à covid-19, e se o RMPSJA poderia constituir-se ser uma estratégia de redução da ansiedade. Tinham também que avaliar como se sentiam após a realização da sessão. As respostas foram todas positivas.

Depois do que foi descrito e analisado considero que a intervenção psicoterapêutica das sessões de relaxamento, baseada em exercícios respiratórios tem benefícios na redução da ansiedade, na pessoa com dependência de substâncias psicoativas. O desenvolvimento destas sessões, todas diferentes, foi mais exigente para mim na sua fase inicial, implicando um esforço adicional para construir (fundamentar, planejar e executar). No entanto, foi muito enriquecedor e agradável a sua realização, reforçando-me positivamente, no encerramento das sessões se constata o agrado dos clientes refletido em palavras singelas de gratidão e reconhecimento. Esta experiência proporcionou-me um desenvolvimento pessoal e profissional, bem como a aquisição de competências e a consolidação da relação terapêutica.

Sessões de psicoeducação

Relativamente à intervenção psicoeducacional CUA, esta intervenção teve os mesmos objetivos nos dois locais de estágio, proporcionar conhecimentos úteis sobre o consumo abusivo de álcool, aos clientes no internamento. Pretendia-se capacitá-los, de modo a interiorizarem conhecimentos sobre as consequências físicas e psicossociais, resultantes do consumo abusivo de álcool e promover a identificação de situações vividas que representam consequências do uso abusivo de álcool, fomentando a partilha.

Os resultados demonstraram que os clientes sujeitos à sessão psicoeducativa apresentam um aumento de conhecimentos, sugerindo que a sessão teve um impacto positivo, fomentando a aquisição de novos conhecimentos relacionados com o álcool e a PUA, como se pode constatar na tabela 7. Tendo em conta as dimensões analisadas no QCAA, se analisarmos cada dimensão individualmente começando com a dimensão álcool e bebidas alcoólicas (I) dois clientes têm uma evolução negativa e apenas um aumenta os seus conhecimentos com a sessão psicoeducativa. No que respeita, à dimensão álcool no organismo (II), verifica-se um aumento dos conhecimentos nos três clientes após a sessão. Relativamente aos aspetos clínicos do consumo de álcool (III), os clientes apresentavam já um nível elevado de conhecimentos e o qual se confirmou após a sessão. Quanto aos falsos conceitos (IV) verificou-se, em geral um aumento considerável dos conhecimentos. Em relação às repercussões sociais dos problemas ligados ao álcool (V) todos os clientes já tinham excelentes conhecimentos antes da realização da sessão e que mantiveram após a mesma.

Tabela 7 – Pontuação obtida pelos clientes no QCAA antes e após a sessão psicoeducativa CUA

	Antes	Após
Cliente 1	25	28
Cliente 2	26	26

Cliente 3	26	33
-----------	----	----

Apresento a tabela 8 e 9 para melhor compreensão, assim como apresento em apêndice duas tabelas com as percentagens de respostas corretas e erradas globalmente, antes e após a aplicação do QCAA (Apêndice XXXI).

Tabela 8 Dimensões avaliadas no QCAA antes da sessão psicoeducativa CUA

Itens	Dimensões	Cliente 1		Cliente 2		Cliente 3	
		Respostas corretas	Respostas erradas	Respostas corretas	Respostas erradas	Respostas corretas	Respostas erradas
6	I	50%	50%	50%	50%	50%	50%
11	II	63,6%	36,3%	72,7%	27,3%	63,6%	36,3%
13	III	76,9%	23,07%	76,9%	23,07%	69,2%	30,7%
6	IV	16,6%	83,3%	16,6%	83,3%	50%	50%
4	V	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Total 40	5	62,5%	37,5%	65%	35%	65%	35%

Legenda das dimensões analisadas no QCAA:

I - álcool e bebidas alcoólicas (6 itens); II - álcool no organismo (11 itens);

III - aspetos clínicos do consumo de álcool (13 itens); IV - falsos conceitos (6 itens); V -repercussões sociais dos problemas ligados ao álcool (4 itens).

Tabela 9 Dimensões avaliadas no QCAA após a sessão psicoeducativa CUA

Itens	Dimensões	Cliente 1		Cliente 2		Cliente 3	
		Respostas corretas	Respostas erradas	Respostas corretas	Respostas erradas	Respostas corretas	Respostas erradas
6	I	16,6%	83,3%	16,6%	83,3%	66,6%	33,3%
11	II	81,8%	18,2%	81,8%	18,2%	81,8%	18,2%
13	III	76,9%	23,07%	76,9%	23,07%	76,9%	23,07%
6	IV	83,3%	16,6%	33,3%	66,6%	100%	0%
4	V	100%	0%	100%	0%	100%	0%
Total 40	5	62,5%	37,5%	65%	35%	65%	35%

Esta sessão para mim representou um maior desafio em comparação com a anterior pela necessidade de realizar a sua fundamentação teórica (Apêndice VIII), a apresentação em Powerpoint, o plano de sessão (Apêndice IX) e a sua avaliação (Apêndice II), assim como a preparação da apresentação exigindo um maior esforço e dedicação, mas que no final se revelou bastante compensador e gratificante.

No internamento, a intervenção foi apresentada no dia 22 de janeiro de 2021, teve a duração de cerca de 45 minutos e foi presenciada por 3 clientes, por dois enfermeiros do serviço (incluindo a orientadora) e três alunos da licenciatura de enfermagem. O grupo demonstrou bastante interesse, e empenho em participar, participando de forma ativa e espontânea, tirando apontamentos e ilustrando com as experiências pessoais. No final da sessão foi-lhes fornecida uma folha avaliativa demonstrando, de um modo geral, que adquiriram alguns conhecimentos reforçando a importância das sessões. Posteriormente, proporcionou-se um momento de reflexão com a orientadora facultando um feedback positivo, referindo que gostou muito da sessão, que estava bem preparada, e que apesar de sentir algum nervosismo não o demonstrei. Realçou alguns aspetos a melhorar os quais refletimos em conjunto, tendo retirado ensinamentos para as próximas apresentações, como por exemplo a utilização de alguns termos técnicos.

Na Comunidade, como já referi esta intervenção foi adaptada, tendo sido alterado o seu título para “Consequências físicas do álcool no organismo - Fígado”, após sugestão da orientadora. Foi realizada uma fundamentação (Apêndice X) mais direcionada para o tema e dividida em duas sessões de 50 minutos, em que na primeira foi abordado as funções do fígado e na segunda as doenças do fígado. Estas sessões foram apresentadas a dois grupos distintos de clientes. Os grupos eram constituídos por 5 clientes cada um, sendo que o primeiro grupo era composto por 3 elementos masculinos e 2 femininos, o segundo grupo era constituído por 4 elementos masculinos e 1 elemento feminino. Estas sessões foram apresentadas nos dias 8,12,15 e 16 de abril de 2021. Na primeira sessão, apresentada ao primeiro grupo, procedi à visualização de um filme pedagógico e posterior debate. No entanto, esta sessão não correu como o pretendido, porque alguns clientes se dispersaram durante a

apresentação do mesmo, demonstrando no debate não terem retirado o ensino pretendido. Para ultrapassar este aspeto procurei no final da visualização falar separadamente de cada função do fígado, dando exemplos do filme, o que tornou a sessão ligeiramente mais demorada (60 minutos quando o pretendido era 50 minutos). Na primeira apresentação ao segundo grupo e após um processo de autorreflexão e reflexão conjunta com a orientadora decidi apresentar o filme de outra forma. Pelo que quando procedi à apresentação do filme fui interrompendo a visualização e questionando os clientes sobre o que estavam a visualizar, o que se tornou mais proveitoso para o grupo. Quando falei individualmente das funções do fígado já todos conseguiram interagir de uma forma mais espontânea. A apresentação da segunda sessão “Consequências físicas do álcool no organismo – Fígado doenças, em que foram abordadas das doenças que o consumo abusivo de álcool pode provocar nas pessoas, sinais e sintomas para os quais devem estar despertos sensibilizando para a procura de ajuda. Esta sessão teve uma interação muito positiva da parte dos clientes, que demonstraram estar atentos e interessados, partilhando as suas vivências descrevendo os sintomas que já haviam sentido, o que tornou a sessão muito proveitosa para todos. A avaliação das sessões (Apêndice XI) só se efetuou, em cada grupo, no fim das duas sessões psicoeducativas. Foram colocadas duas questões para avaliar a concretização dos objetivos. A primeira questão pedia que indicassem três ou mais funções que o fígado desempenha no organismo. A segunda questão pedia para enumerar duas doenças do fígado. Verificou-se na avaliação destas sessões que a quase totalidade dos clientes conseguiu responder corretamente às duas questões.

No que diz respeito à intervenção “Adesão Terapêutica” foi apresentada nos dois locais de estágio, no internamento foi realizada apenas uma sessão e no ambulatório, foram apresentadas duas sessões, a dois grupos diferentes. Esta sessão também tinha os mesmos objetivos nos dois locais de estágio, tais como: proporcionar conhecimentos sobre a importância da adesão terapêutica, na manutenção da abstinência. Capacitar os clientes para a interiorização dos conhecimentos sobre a importância da adesão terapêutica na manutenção da abstinência, promover a identificação de situações de risco vividas pelos clientes, identificar estratégias de *coping* para lidar com essas situações de risco

e fomentar a literacia em saúde. No internamento a sessão foi apresentada no dia 28 de janeiro de 2021, teve a duração aproximada de 45 minutos, foi presenciada por três clientes, pela orientadora e por uma enfermeira do serviço e por dois alunos da licenciatura de enfermagem. Esta sessão foi também muito exigente pela necessidade de realizar a sua fundamentação teórica (Apêndice XII), a apresentação em Powerpoint, o plano de sessão (Apêndice XIII) e a sua avaliação no internamento (Apêndice XIV). Na comunidade foi efetuada uma avaliação inicial (Apêndice III) e uma avaliação final (Apêndice IV), como se pode constatar na tabela 10. Avaliação inicial consistia em três perguntas de escolha múltipla, o que é a adesão terapêutica? Enumere um benefício da adesão terapêutica na doença alcoólica. E indicar dois comportamentos a adotar em situações de risco. E uma pergunta de resposta fácil sobre a segurança devido à pandemia de covid-19. A avaliação final era composta de mais uma pergunta que questionava se a sessão foi proveitosa? E Em caso de resposta afirmativa para justificar. Em ambas as avaliações a quarta e quinta resposta eram cotadas como positivas ou negativas. Na avaliação inicial a quarta resposta, não era para responder. A avaliação final mostrou que houve um aumento de respostas corretas da avaliação inicial para a avaliação final, como se pode constatar na tabela 10. O grupo mostrou estar com atenção e interessado, participativo mesmo quando não era solicitado. Nesta sessão os clientes foram estimulados a partilharem situações de recaída, de modo a analisarem estratégias que poderiam ter utilizado nas situações de risco, de forma a evitar a recaída e com isso retirar algum ensinamento relativamente às estratégias de coping efetivas nessas situações. Posteriormente à sessão, refleti em conjunto com a orientadora, chamando à atenção para o elevado número de imagens utilizado, o que poderia ser um fator de distração em relação ao teor da sessão. Tendo aceitado a sugestão e alterado a apresentação gráfica da sessão para a apresentação na comunidade.

Tabela 10. Resultados da avaliação antes e após a sessão Adesão Terapêutica.

	Questões (Antes)					Questões (Após)					Total
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Cliente 1	C	C	C	-	P	C	C	C	P	P	6C 3P
Cliente 2	C	C	C	-	Na	C	C	C	P	P	6C 2P 1Na
Cliente 3	E	C	C	-	P	E	C	C	P	P	4C 2E 3P
Cliente 4	C	C	C	-	P	C	C	C	P	P	6C 3P
Cliente 5	E	E	C	-	P	C	C	C	P	P	4C 2E 3P
Total	3C 2E	4C 1E	5C	-	4P 1Na	4C 1E	5C	5C	5P	5P	

Legenda: C- resposta correta; E- resposta errada; P- positiva; Na- não respondeu; N- negativa.

Na comunidade a sessão foi dividida em duas sessões, esta intervenção foi realizada nos dias 22,23,26 e 29 de abril de 2021. Foi apresentada a dois grupos diferentes, com cinco elementos cada, como referido anteriormente, na presença da orientadora e de uma aluna da licenciatura de enfermagem. As avaliações efetuadas tanto a inicial como a final, demonstraram que estes clientes tinham um bom nível de conhecimentos da temática. Foram bastante interativos sempre que foi solicitado, demonstrando-se muito interessados e concentrados. No final das sessões refleti sempre com a orientadora os aspetos positivos e os aspetos a melhorar. Tive a sensação de que depois de apresentar as duas sessões psicoeducativas, ao ritmo de duas por semana, já conseguia fazê-lo sem sentir a ansiedade inicial, melhorando a minha dificuldade em falar público, para pessoas desconhecidas.

3.9. Competências Adquiridas

Com a realização deste mestrado integrado, tive a intenção de adquirir competências de EESMP. Com esta finalidade, foram programadas e

executadas intervenções especializadas com propósito de proporcionar cuidados de enfermagem de um alto nível de complexidade. Vivenciei assim um desconforto inicial, relacionado com o desempenhar, outra vez, o papel de aluno de enfermagem, gerando incerteza e instabilidade. No entanto, o desejo profundo de me tornar enfermeiro perito, com capacidade de percepção e experiência, possibilitando responder de uma forma muito objetiva, segura, rápida e com competência aos exigentes cuidados, de elevado nível de complexidade (Benner, 2001).

Ao EESMP, e de acordo com a OE (2018) é-lhe exigido que detenha “um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional”(OE, 2018). Para desenvolver esta competência foram realizadas atividades crítico-reflexivas. No contexto de internamento desenvolvi duas reflexões críticas e um registo de interação. No contexto de ambulatório realizei duas reflexões críticas, bem como obtive muitos momentos formais de reflexão, com os orientadores e com outros colegas com quem tive a oportunidade de me cruzar. Foi através desses momentos distintos que refleti sobre o meu processo de aprendizagem que ia experienciando.

É através da confrontação interna, da prática clínica, da consciencialização das emoções e sentimentos que se pode promover o autoconhecimento. Este contribui para que os enfermeiros consigam dar resposta à complicada missão da relação terapêutica (Pereira e Botelho, 2014). Desta forma, o enfermeiro pode tomar consciência da sua fragilidade pessoal e desenvolver competências para se constituir a si mesmo como um instrumento terapêutico. De outro modo não se consegue reconhecer, entender e acolher o outro. De acordo com Phaneuf (2005) “é a partir do momento em que aceitamos a pessoa tal como ela é que ela sente o desejo de mudar”. Esta competência permitiu também desenvolver uma relação consistente com os clientes, para além de possibilitar o reconhecimento de preconceitos, resistências e receios, que poderiam interferir negativamente no processo terapêutico.

No que diz respeito à 2ª competência e de acordo com a OE (2018) o EESMP “Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental”. Assim, o EESMP precisa de instrumentos de análise para poder efetuar uma correta avaliação de saúde

mental, utilizando uma terminologia própria. Nesse sentido, os instrumentos de suporte e decisão clínica utilizados, como o AUDIT, a MAT e a HADS são ferramentas que adicionam outros elementos de informação para a avaliação de saúde mental do cliente. Revelou-se muito importante a interação com as respectivas equipes multidisciplinares nos serviços, assim como as reuniões de passagem de turno no internamento, que se provaram ser momentos importantes de assistir de partilha de conhecimento. De acordo com a OE (2017) “a passagem de turno surge,(...) com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados, através da transmissão verbal de informação, no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados mas também, um momento de análise e reflexão das práticas e simultaneamente de formação em serviço/ em situação”. Um outro aspeto foi a observação dos clientes no seu dia-a-dia, possibilitando uma avaliação mais vasta das suas necessidades. De acordo com Peplau (1990) a observação em enfermagem é um método identificador, esclarecedor e verificador de sentimentos, que se adquirem no vínculo que se estabelece com o cliente a partir da experiência do enfermeiro. Deste modo, observar os clientes no seu quotidiano, utilizando técnicas de entrevista, métodos de observação, análise de dados, potenciando sempre o autoconhecimento e utilizar as competências comunicacionais, tiveram uma relevância considerável no estabelecer da relação terapêutica, possibilitando-me compreender as suas necessidades. Chalifour (2009) faz referência à entrevista como um instrumento importante na construção da relação de ajuda, deduzindo que o enfermeiro é capaz de entender a problemática na forma como ela é vivenciada por aquela pessoa única na sua vida particular e facilitar a evolução do cliente a nível individual no sentido de uma melhor adaptação social.

Relativamente à 3ª competência e de acordo com a OE (2018) o EESMP “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”. A implementação do processo de enfermagem torna-se essencial, já que é esta a forma de raciocínio clínico dos enfermeiros. Deste modo, foram efetuados dois estudos de caso, um no internamento, outro na comunidade. O estudo de caso introduz elementos singulares, porque se foca deliberadamente num assunto em especial, que se pressupõe ser único e peculiar, procurando perceber o que há nele de concreto e importante,

percebendo assim no seu todo um determinado problema, ao qual se confere importância (Ponte, 2006). Neste sentido, os estudos de caso fundamentaram-se numa ampla e detalhada pesquisa de um determinado tema em estudo, bem delineado, procurando perceber a particularidade e a totalidade dos casos clínicos paralelamente. A entrevista, teve muita relevância no estudo de caso, como método de colheita de dados, já que foi através dela que compreendi o modo como os clientes interpretam as suas vivências. Para além disso, interessa proteger os princípios ético-legais e deontológicos relacionados com a prestação de cuidados, assim como considerar a ajuda ao outro. Estas exigências são especialmente sensíveis em saúde mental, quando se torna evidente que o estigma restringe a autonomia e a cidadania dos clientes.

Em relação à 4ª competência e de acordo com a OE (2018) o EESMP “Presta cuidados psicoterapêuticos, sócio terapêuticos, psicossociais e psicoeducacionais, 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”. Esta competência implica habilidades do enfermeiro para analisar e personalizar estratégias, através de ações como ensinar, orientar, descrever, instruir, treinar, assistir, apoiar, advogar, modelar, capacitar e supervisionar (OE, 2018). A minha função educativa decorreu desde o primeiro dia, até final do estágio, visto que é competência do enfermeiro EESMP educar e informar o cliente relativamente à sua patologia aos problemas que o afetam e suas consequências, deixando bem claro a necessidade do seu envolvimento no processo de tratamento. Deste modo, consegui mobilizar o cliente e torná-lo um parceiro ativo no tratamento e aprofundar a relação terapêutica. Este aspeto pode também demonstrar da parte do cliente, a aprendizagem de atitudes e a aquisição de competências, que lhe possibilitem no futuro tomar decisões mais sensatas. Para atingir esta competência coordenei, desenvolvi e implementei atividades psicoeducativas já descritas e analisadas anteriormente. Ao levar a cabo intervenções de cariz psicoterapêutico, como futuro EESMP adaptei a intervenção ao cliente com a finalidade de reforçar o insight, promover a responsabilização e por consequência a reabilitação. Desta forma, desenvolvi processos psicoterapêuticos e socio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente

e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptaram ao cliente e à situação.

4. CONCLUSÃO

É fundamental analisar todo o percurso que fiz, sendo este relatório o instrumento que congrega os elementos cruciais do meu percurso formativo e de desenvolvimento pessoal e profissional alcançados ao longo deste estágio. Este relatório de estágio foi desenvolvido com a finalidade de descrever a formação efetuada no decorrer do curso e dos dois locais de estágio de modo a adquirir competências de EESMP.

Foi um caminho de continuo desenvolvimento, com a excelente supervisão clínica dos orientadores, retirando-me da zona de conforto permitindo-me ter acesso a novos níveis de autoconhecimento, em particular no contexto da relação terapêutica.

O estágio no internamento ficou marcado pela dificuldade que tive na implementação do projeto e na construção das atividades psicoterapêuticas e psicoeducativas, que me consumiram muito tempo extra curricular. Foi um trabalho de pesquisa e análise profunda, de articulação das aprendizagens, na busca de soluções individualizadas e de grupo para os clientes, bem como na avaliação das suas consequências.

Sublinho que o meu projeto teve aplicabilidade nos dois locais de estágio, tendo sido necessário fazer algumas adaptações na comunidade, que conduziram a uma reflexão determinante para o autoconhecimento. A reflexão ao longo da ação permitiu-me analisar e interpretar as minhas atitudes, promovendo a consciência dos meus atos. O que me permitiu reajustar alguns comportamentos e atitudes.

Na área de saúde mental e psiquiatria, o EESMP constitui-se a si próprio como um instrumento terapêutico. Desta forma, o crescimento pessoal, o desenvolvimento da autoanálise e do autoconhecimento serão cada vez mais determinantes no meu percurso e refletiram-se na prática, como um recurso fundamental nas tomadas de decisão centradas no cliente, com o objetivo de planejar e pôr em prática os cuidados de enfermagem, duma forma fundamentada e rigorosa. Quero reforçar o fato do enfermeiro se destacar como um parceiro num processo de mudança exigente, caracterizado pelos avanços

que se conquistam, mas também pelos recuos, que se manifestam em lapsos e recaídas a que estão sujeitos estes clientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alcântara, T.; Shioga, J.; Lima, M.; Lage, A.; Maia, A. (2013). Intervenções psicológicas na sala de espera: Estratégias no contexto da oncologia pediátrica. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Consultado em 02/06/2021. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v16n2/v16n2a08.pdf>
- Alligood, M. e Tommey, A. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Lusodidacta. ISBN: 9789728383749
- American Psychiatric Association (APA) (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais. 5ª Edição. Climepsi Editores.
- Anderson, P., Gual, A. e Colom, J. (2005). *Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions*: Department of Health of the Government of Catalonia. Barcelona.
- Andretta, I. & Oliveira, M. (2011). A Entrevista Motivacional em Adolescentes Usuários de Droga que Cometeram Ato Infracional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (2), 218-226. Acedido em 03/06/2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000200002>
- Araújo, C., Pinto, E., Lopes, J., Nogueira, L., & Pinto, R. (2008). Estudo caso. Universidade do Minho / Instituto de Educação e Psicologia. (Mestrado em Educação Área de Especialização em Tecnologia Educativa.) Consultado em: 15/08/2021. Disponível em: <https://pt.scribd.com/doc/219457056/Estudo-Caso>
- ASA & ASCPF (American Society on Aging & American Society of Consultant Foundation), (2011). *Adult Meducation: Improving Medication Adherence in Older Adults*. Consultado em 01/06/2021. Disponível em <https://www.adultmeducation.com>
- Babor, T.; Higgins-Biddle, J.; Saunders, J. e Monteiro, M. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization. Department of Mental Health

and Substance Dependence. Consultado em 10/09/2020. Disponível em https://www.drugsandalcohol.ie/14104/1/WHO_AUDIT.pdf

Balsa, C., Vital, C. e Urbano, C. (2018). IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17. Lisboa: SICAD. Consultado em: 12/08/2021. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/181/IV%20INPG%202016_17_PT.pdf

Barroso, T. (2012). *Parar para pensar: Intervenção em contexto escolar para prevenção do uso e abuso do álcool*. Loures: Lusociência.

Barroso, T.; Mendes, A.; Barbosa, A. (2013). Programa de prevenção do uso/abuso de álcool para adolescentes em contexto escolar: parar para pensar. Pesquisa, Investigación. Escola Anna Nery 17 (3). Julho-Setembro. Consultado em 14/08/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S1414-81452013000300009>

Bäuml, J.; Froböse, T.; Kraemer, S.; Rentrop, M.; Pitschel-Walz, G.(2006). *Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients with Schizophrenia and Their Families*. Consultado em 09/10/2020. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2683741/> doi: 10.1093/schbul/sbl017

Benner, P. (2001). De iniciado a perito. (A. Queirós & B. Lourenço, Trans.). Coimbra: Quarteto Editora (Obra original publicada em 2001). ISBN: 972-8535-97-

Botelho, R., Engle, B., Mora, J. & Holder, C. (2011). Brief interventions for alcohol misuse. Primary Care: Clinics in office practice, 38, 105-123. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2010.11.008>

Brown, R. & Gerbarg, P. (2017). *Respire - O poder curativo da respiração*. Alfragide: Lua de Papel.

Burlingame, G.; Strauss, B.; Bormann, B. (2006). *Using the Core-R Battery in Group Psychotherapy*. Research Gate. Consultado em 12/10/2020. Disponível em

https://www.researchgate.net/profile/Anthony_Joyce/publication/28699327

5

Bloch, S. (1999). Uma introdução às psicoterapias. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN:978972844930

Chalifour, J. (2009). A Intervenção Terapêutica - Estratégias de intervenção. In (Vol. 2). Lisboa: Lusodidacta.

CID-10, *Classificação Internacional de Doenças 10ª Revisão (2012)*. Consultado em 28/05/2021. Disponível em https://www.cremesp.org.br/pdfs/cid10_ultimaversaodisponivel_2012.pdf

CIPE, *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (2018)*. Consultado em 27/05/2021. Disponível em https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

Clifforda, S., Barbera, N., & Horne, R. (2008). Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the Necessity– Concerns Framework. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 41– 46.

Colom, F.; Vieta, E. (2004). *Manual de Psicoeducación para el Transtorno Bipolar*. Barcelona: Ars Medica. Consultado em 02/06/2020. Disponível em file:///C:/Users/Isilda%20Seixas/Downloads/Manual_de_psicoeducaci%C3%B3n_Tastorno_Bipolar._Francesc_Colom.pdf

- Cribb, A. (2011). *Shared decision making: trade-offs between narrower and broader conceptions*. P. 210-219. Consultado em 02/06/2021. Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1369-7625.2011.00694.x>
- Daele, T.; Hermans, D.; Audenhove, C.; Van den Bergh, O. (2012). *Stress Reduction Through Psychoeducation: A Meta-Analytic Review*. Health, education and behaviour. Consultado em 08/10/2020. Disponível em <https://doi.org/10.1177/1090198111419202>
- DiClemente, C.; Bellino, L. e Neavins, T. (1999). Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research and Health*. P. 86-92 Consultado em 22/10/2020. Disponível em <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh23-2/086-92.pdf>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2012). Norma nº 030/2012. *Deteção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool*. Consultado em 01/06/2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0302012-de-28122012-png.aspx>
- Direção Geral de Saúde (DGS, 2014). Norma - Deteção Precoce e Intervenção Breve no Consumo Excessivo de Álcool [versão atualizada]. Lisboa: DGS. Consultado em 01/06/2021. Disponível em <https://nocs.pt/consumo-excessivo-alcool-adulto/>.
- DSM-5, (2013). *Manual de Diagnóstico Estatístico e Transtornos Mentais*. American Psychiatric Association. Artmed. Consultado em 01/06/2021. Disponível em http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf
- Figlie, N. B., Bordin, S. & Laranjeira, R. (2010). *Aconselhamento em Dependência Química* (2.ed.). São Paulo: Editora Roca. Consultado 03/06/2021. Disponível em https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=Aconselhamento+em+Depend%C3%Aancia+Qu%C3%ADmica&author=Figlie+N.+B.&author=Bordin+S.&author=Laranjeira+R.&publication_year=2010
- Ferreira, A.; Borba, L.; Capristano, F.; Czarnobay, J. e Maftum, M (2015). *Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde*. Consultado a 31/05/2021. Disponível em

<http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150032>

Ferreira, S.; Moutinho, L. (2013). Os novos caminhos da reabilitação alcoólica: uma proposta de intervenção. *Revista de psicologia da criança e do adolescente*. ISSN 1647-4120. Consultado em 21/05/2021. Disponível em <file:///C:/Users/Isilda%20Seixas/Downloads/89-284-1-PB.pdf>

Figueiredo, A.; Souza, L.; Dell'Áglio Jr., J.; Argimon, I. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. vol.11 no.1 São Paulo jun. 2009

Flook, E.; Luchsinger, J.; ; Silveri, M.; Winder, D.; Benningfield, M. ; Blackford, J. (2020). *Anxiety during abstinence from alcohol: A systematic review of rodent and human evidence for the anterior insula's role in the abstinence network*. Consultado a 19/10/2020. Disponível em <https://doi.org/10.1111/adb.12861>

Fonseca, M. (2016). Avaliação de aprendizagens em ensino clínico de enfermagem: contributos para a praxis. Tese de Doutoramento. Universidade de Aveiro. Aveiro.

Freitas, L. (2013). Necessidade de formação em educação para a saúde em contexto escolar. Tese de doutoramento. Disponível em <https://repositorio.uac.pt/bitstream/10400.3/3084/1/TeseDoutoramentoLuciaFatimaMotaFerreiraFreitas2013.pdf>

George, F. (2012). Causas de Morte em Portugal e Desafios na Prevenção. *Acta Médica Portuguesa*, 25(2), 61–63. Consultado em 02/06/2021. Disponível em https://fundoimmlaco.pt/wp-content/uploads/2012/05/Causas_de_Morte_em_Portugal_e_Desafios_na_Preven%C3%A7%C3%A3o_-_Acta_M%C3%A9dica_Portuguesa_Mar%C3%A7o_-_Abril_2012.p

Gigliotti, A.; Bessa, M. (2004). Síndrome de Dependência do Álcool: Critérios Diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (nº 26 – I). 11 13. Consultado em 26/05/2021. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462004000500004>

Harrison, P., Geddes, J. & Sharpe, N. (2002). Introdução à psiquiatria. Lisboa: Climepsi Editores.

International Council of Nurses, (2017). *International Classification for Nursing Practice 2017 version*, Genebra: International Council of Nurses. Consultado em 26/05/2021. Disponível em <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-download/icnp-download>

Jefferson, L. (2001). *Respostas Quimicamente Mediadas e Transtornos Relacionados a Substâncias*. In: Stuart, G. e Laraia, M. (2001). *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática* (6ª ed). Porto Alegre. Artmed.

Knapp, P. (2004). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. Em Knapp, P. (org). *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp 19-41). Porto Alegre: Artmed. Consultado em 03/06/2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=3187027&pid=S1808-5687200900020000900011&lng=pt

Lebon, A. (1997). *Psico-educação: a ciência do “viver com” educativo e terapêutico*. Paidéia, (12-13). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1997000100002

Lemes, C. & Neto, J. (2017). Aplicações da Psicoeducação no Contexto da Saúde. *Trends in Psychology*, 25, 17-28. DOI: 10.9788/TP2017.1-02

Lima-Silva, T. ; Yassuda, M. (2012). Treino cognitivo e intervenção psicoeducativa para indivíduos hipertensos: efeitos na cognição. *Psicologia e Reflexão Crítica* [online]. 2012, vol.25, n.1, pp.30-40. ISSN 0102-7972. Consultado em 26/05/2021. Disponível em <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000100005>

Lopes, L.; Cachioni, M. (2013). Impacto de uma intervenção psicoeducacional sobre o bem-estar subjetivo de cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. *Temas em psicologia*, 21 (1),165-181. Consultado em 03/06/2021. Disponível em

<https://www.researchgate.net/publication/271297278>

DOI: 10.9788/TP2013.1-12

Manes, S. (2011). 83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos. (J. Serra Trad.). Lisboa: Paulos Editora. (Traduzido do original do italiano 83 giochi psicologici per la conduzione dei gruppi)

Marinho, R. (2008). O álcool e os jovens. Dossier: problemas ligados ao álcool. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 24, 293-300.

Menezes, S.; Mello e Souza, M. (2012). Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. Consultado em 31/05/2021. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a17.pdf>

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

Ordem dos enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Consultado em 14/09/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Consultado em 14/09/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8739/2142721430.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2017). Conselho de Enfermagem 2016-2019, Parecer 61/2017. Atribuição de tempo para a passagem de turno. Consultado em 15/09/2021. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_61_AtribuicaoTempoPassagemTurno.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico. Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. Consultado em 10/09/2021. Disponível em <https://esesfm.pt/wp-content/uploads/2020/12/CodigoDeontologico.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2003). *Evidence for long term therapies: evidence for action*. Consultado a 29/05/2021. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

Organização Mundial de Saúde (2013). *Relatório mundial de saúde*. Consultado em 30/05/2021. Disponível em <http://www.who.int/whr/en/>

Organização Mundial de Saúde. (2014). *Global status report on alcohol and health*. Switzerland: WHO library.[https://www.google.com/search?q=Organiza%C3%A7%C3%A3o+Mundial+de+Sa%C3%BAde.+\(2014\).+Global+status+report+on+alcohol+and+health.+Switzerland%3A+WHO+library.&rlz=1C1JZAP_pt-ptPT885PT885&oq=Organiza%C3%A7%C3%A3o+Mundial+de+Sa%C3%BAde.+\(2014\).+Global+status+report+on+alcohol+and+health.++Switzerland%3A+WHO+library.&aqs=chrome..69i57.2590j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Organiza%C3%A7%C3%A3o+Mundial+de+Sa%C3%BAde.+(2014).+Global+status+report+on+alcohol+and+health.+Switzerland%3A+WHO+library.&rlz=1C1JZAP_pt-ptPT885PT885&oq=Organiza%C3%A7%C3%A3o+Mundial+de+Sa%C3%BAde.+(2014).+Global+status+report+on+alcohol+and+health.++Switzerland%3A+WHO+library.&aqs=chrome..69i57.2590j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

Organização Mundial de Saúde (2018). *Relatório Global sobre Álcool e Saúde*. Genebra, Suíça. Consultado em 29/05/2021. Disponível em <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312318>

Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: um guia prática para profissionais de saúde*. (S. Ribeiro & J. Bastos Trad.). 2ª Edição. Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês *Relaxation Techniques: a practical handbook for the health care professional*).

Peplau, H. E. (1990). *Relaciones interpersonales en enfermería: un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. In. Barcelona: Salvat.

Pereira, P e Botelho, M.A. (2014) *Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde*. *Pensar Enfermagem*, vol. 18 nº 2.

Perkins H. Misperceptions of peer drinking norms in Canada: another look at the 'reign of error' and its consequences among college students. *Addict Behav.* 2007 Nov; 32(11):2645-56.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-84-3.

Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. Acedido em 03/07/2021. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>

Ponte, J. P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. In (Vol. 25, pp. 105- 132): Bolema.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>

Sá Nogueira, T. e Ribeiro, C. (2008). Abordagem Terapêutica da Dependência Alcoólica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*; 24:305-316.

Sampaio, F., Sequeira, C., Canut, L., (2018). *Modelo de intervenção psicoterapêutica em enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental. DOI:10.19131/rpesm.0205. Consultado em 08/10/2021. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/326000224_Modelo_de_intervencao_psicoterapeutica_em_enfermagem_Principios_orientadores_para_a_implementacao_na_pratica_clinica

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel – edições técnicas, Lda. ISBN: 9789897521683

Sequeira, C.; Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental. Diagnósticos e Intervenções*. Lidel – edições técnicas, Lda. ISBN 978-989-752-413-4

Shah, L., Klainin-Yobas, P., Torres, S., & Kannusamy, P. (2014). Efficacy of psychoeducation and relaxation interventions on stress-related variables in people with mental disorders: A literature review. *Archives of Psychiatric nursing*, 28 (2), 94-101. Consultado em: 15/06/2021. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.201311.004>

SICAD (2019). Relatório anual. *A situação do país em matéria de álcool*. Consultado em 20/03/2021. Disponível em

http://www.sicad.pt/PT/Publicacoes/Paginas/detalhe.aspx?itemId=168&lista=SICAD_PUBLICACOES&bkUrl=BK/Publicacoes/

SICAD (2018). Relatório Anual. *A situação do país em matéria de álcool*. Coleção relatórios. Consultado em 29/05/2021. Disponível em http://www.sicad.pt/PT/Documents/2019/relatorio_2018/RelatorioAnual_2018_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool.pdf

SICAD (2017). *Álcool: Efeitos psicoativos*. Recuperado de <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=1>

Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.

Valente, J. (2015). *Perturbações relacionadas com o álcool*. In Carlos Braz Saraiva, Joaquim Cerqueira. *Psiquiatria Fundamental* (pp. 367-383). Lisboa: Lidel.

Whitlock, E.; Polen, M.; Green, C.; Orleans, T. e Klein, J. (2004). Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use by adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine*, 140, 557- 568. Consultado em 29/05/2021. Disponível em Doi: 10.7326/0003-4819-140-7- 200404060-00017

Wood, M. M., Brendro, L. K., Fecser, F. A., & Nichols, P. (1999). *Psychoeducation: An Idea Whose Time Has Come*. Richmond, VA: *The Council for Children with Behavioral Disorders*. Consultado em 31/05/2021. Disponível em DOI: 10.1016/j.rmclc.2020.01.005

ANEXOS

ANEXO I - HADS

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

Nome: _____ Data: ____ / ____ / ____

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente mais correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

2. Ainda sinto prazer nas coisas de que costumava gostar:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto agora
- ☐ Só um pouco
- ☐ Quase nada

3. Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- ☐ Sim e muito forte
- ☐ Sim, mas não muito forte
- ☐ Um pouco, mas não me aflige
- ☐ De modo algum

4. Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Muito menos agora
- ☐ Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- ☐ A maior parte do tempo
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Quase nunca

6. Sinto-me animado/a:

- ☐ Nunca
- ☐ Poucas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

8. Sinto-me mais lento/a, como se fizesse as coisas mais devagar:

- ☐ Quase sempre
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

9. Fico de tal forma apreensivo/a (com medo), que até sinto um aperto no estômago:

- ☐ Nunca
- ☐ Por vezes
- ☐ Muitas vezes
- ☐ Quase sempre

10. Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto físico:

- ☐ Completamente
- ☐ Não dou a atenção que devia
- ☐ Talvez cuide menos que antes
- ☐ Tenho o mesmo interesse de sempre

11. Sinto-me de tal forma inquieto/a que não consigo estar parado/a:

- ☐ Muito
- ☐ Bastante
- ☐ Não muito
- ☐ Nada

12. Penso com prazer nas coisas que podem acontecer no futuro:

- ☐ Tanto como antes
- ☐ Não tanto como antes
- ☐ Bastante menos agora
- ☐ Quase nunca

13. De repente, tenho sensações de pânico:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ Bastantes vezes
- ☐ Por vezes
- ☐ Nunca

14. Sou capaz de apreciar um bom livro ou um programa de rádio ou televisão:

- ☐ Muitas vezes
- ☐ De vez em quando
- ☐ Poucas vezes
- ☐ Quase nunca

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO.

ANEXO II – AUDIT (VERSÃO PORTUGUESA)



QUESTIONÁRIO AUDIT (VERSÃO PORTUGUESA)

No caso de auto preenchimento, para cada questão, circunde o número que melhor corresponda à sua situação.



1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?
0 = nunca
1 = uma vez por mês ou menos
2 = duas a quatro vezes por mês
3 = duas a três vezes por semana
4 = quatro ou mais vezes por semana
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?
0 = uma ou duas
1 = três ou quatro
2 = cinco ou seis
3 = de sete a nove
4 = dez ou mais
3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exige, por ter bebido?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?
0 = nunca
1 = menos de uma vez por mês
2 = pelo menos uma vez por mês
3 = pelo menos uma vez por semana
4 = diariamente ou quase diariamente
9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?
0 = não
2 = sim, mas não nos últimos 12 meses
4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses
10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?
0 = não

ANEXO III - QCAA

Questionário de Conhecimentos acerca do Álcool Barroso, Mendes e Barbosa (2009)

As questões relacionadas com o álcool são do conhecimento público, para podermos ajudá-lo no sentido de melhorar os seus conhecimentos queríamos saber o que hoje já sabes acerca do álcool. Por favor, leia as frases que se seguem acerca do álcool assinalando com uma cruz (X) no VERDADEIRO “V” se considerar que a frase é verdadeira ou colocando uma cruz (X) no FALSO “F” se considerar que a frase é falsa.

	V	F
1- O álcool das bebidas alcoólicas é “álcool etílico” como o álcool que usamos para desinfetar a pele e que se vende nas farmácias.		
2- O consumo de álcool pode causar dependência.		
3- O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool que a bebida tem.		
4- O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem todos os dias.		
5- Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.		
6- O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar		
7- Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um ou dois copos de bebidas sem ser bebidas destiladas, repartidas pelas principais refeições.		
8- As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes		
9 - As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque o álcool ajuda a fazer a digestão.		
10- O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de aprendizagem e de memória.		
11- O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.		
12- O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso organismo que têm mais água.		
13- Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.		
14- Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma maneira à mesma quantidade de álcool.		
15- Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas diminui-se a quantidade de álcool.		
16- O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade de álcool que é ingerido.		

17- O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.		
18 A idade não tem influência na capacidade do fígado “queimar” o álcool		
19 É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.		
20 Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.		
21 As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool faz mal ao bebê.		
22 O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.		
23 Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira a não se sentir tonto ou maldisposto.		
24 A cerveja é boa para “matar” a sede.		
25 O álcool das bebidas alcoólicas é “queimado” no fígado.		
26 Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.		
27 O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.		
28 O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre bem-dispostas.		
29 Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.		
30 O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool.		
31 As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam com moderação.		
32 No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.		
33 Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade de se vir a ter problemas relacionados com o álcool ao longo da vida.		
34 As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.		
35 O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações nos reflexos.		
36 O fígado está preparado para “queimar” qualquer quantidade de álcool.		
37 Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.		
38 O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente do estômago para o sangue.		
39 Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas diferentes.		
40 O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, afogamentos, queimaduras, quedas e outros acidentes.		

ANEXO IV - MAT

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre 1	quase sempre 2	com frequência 3	por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
-------------	-------------------	---------------------	----------------	----------------	------------

Delgado, A.; Lima, M (2001). *Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos.*

APÊNDICES

APÊNDICE I – Avaliação da sessão de RMPSJA

ESCALA DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO HOSPITALAR (HADS)

APR 20

TA-127/68
FC-72

Nome: Francisco Cunha Data: 11 / 04 / 2020

Este questionário foi construído para ajudar a saber como se sente. Pedimos-lhe que leia cada uma das perguntas e faça uma cruz (X) no espaço anterior à resposta que melhor descreve a forma como se tem sentido em cada semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada questão será provavelmente a correcta do que uma resposta muito ponderada.

Por favor, faça apenas uma cruz em cada pergunta.

1. Sinto-me tenso/a ou nervoso/a:

- 3 () Quase sempre
2 () Muitas vezes
1 (X) Por vezes
0 () Nunca

2. Ainda não gosto das coisas de que costumava gostar:

- 0 () Tanto como antes
1 () Não tanto agora
2 (X) Só um pouco
3 () Quase nada

3. Tenho a sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer:

- 3 () Sim, muito forte
2 () Sim, mas não muito forte
1 () Um pouco, mas não me aflije
0 (X) De modo algum

4. Sou capaz de encontrar algo divertido das coisas:

- 0 (X) Tanto como antes
1 () Não tanto como antes
2 () Muito menos agora
3 () Nunca

5. Tenho a cabeça cheia de preocupações:

- 3 () A maior parte do tempo
2 () Muitas vezes
1 () Por vezes
0 (X) Quase nunca

6. Sinto-me ansioso/a:

- 3 () Nunca
2 () Poucas vezes
1 () De vez em quando
0 (X) Quase sempre

7. Sou capaz de estar descontraidamente sentado/a e sentir-me relaxado/a:

- 0 () Quase sempre
1 (X) Muitas vezes
2 () Por vezes
3 () Nunca

4

Apêndice II – Avaliação da sessão psicoeducativa CUA

Avaliação da sessão de "Conhecimentos Uteis sobre o Álcool"

Refira um falso conceito.

R:

...EVITAR...BEBER O...MENOS POSSIVEL.....

Enumere duas consequências físicas provocadas pelo uso abusivo de álcool?

R:

...Desequilíbrio...e...Falta de Memória.....

Enumere duas consequências mentais provocadas pelo uso abusivo de álcool?

R:

...Desacatos...em...bares...(etc)...Provocar...Estranhos.....

Enumere duas consequências sociais provocadas pelo uso abusivo de álcool?

R:

...Falta...ao...Trabalho...e...inventar...Desculpas...por...Atrasos.....

Considera que, tendo em conta o distanciamento social necessário, devido ao contexto atual de pandemia por covid-19 e das limitações do espaço, que foi criado um meio envolvente seguro e apropriado à intervenção realizada?

R:

...Sim,...foi...realizada...com...todas...as...condições...de

segurança, esta nossa reunião.

**Apêndice III - Avaliação inicial da sessão Adesão
terapêutica**

Cliente 3

AValiação Inicial da Sessão Adesão Terapêutica

O que é a adesão terapêutica?

- ☒ a) Tomar os comprimidos segundo indicação médica.
- b) Seguir as orientações sem desvios. Cumpre o regime de tratamento. Toma os comprimidos conforme prescrito. Muda o seu comportamento para melhor. Segue as instruções relativas ao tratamento.
- c) Vai às consultas médicas, de enfermagem, de psicologia quando lhe dá jeito. Toma os comprimidos quando se lembra.

Enumere um benefício da adesão terapêutica na doença alcoólica.

- a) Sentir sintomas como náuseas, vômitos, tremores e ansiedade.
- b) Correr o risco de recaída e regressar aos consumos.
- ☒ c) Ter acesso a apoio especializado e assim evitar os sinais e sintomas de abstinência.

Indique dois comportamentos a adotar em situações de risco?

- a) Conviver com os companheiros com quem habitualmente se consome e frequentar os locais habituais de consumo.
- ☒ b) Evitar os locais habituais de consumo, aprender a dizer que não aos companheiros de "copos".

Acha que a sessão foi proveitosa para si? Se sim, diga porquê.

R: NÃO RESPONDER

Acha que a sessão foi realizada em segurança, tendo em conta o contexto actual de pandemia?

R: Sim, com máscaras e distanciamento social

Nome: _____

Da: _____

Apêndice IV - Avaliação final da sessão psicoeducativa
Adesão terapêutica

AVALIAÇÃO FINAL DA SESSÃO ADESÃO TERAPÊUTICA

O que é a adesão terapêutica?

- ☒ a) Tomar os comprimidos segundo indicação médica.
- b) Seguir as orientações sem desvios. Cumprir o regime de tratamento. Toma os comprimidos conforme prescrito. Muda o seu comportamento para melhor. Segue as instruções relativas ao tratamento.
- c) Vai às consultas médicas, de enfermagem, de psicologia quando lhe dá jeito. Toma os comprimidos quando se lembra.

Enumere um benefício da adesão terapêutica na doença alcoólica.

- a) Sentir sintomas como náuseas, vômitos, tremores e ansiedade.
- b) Correr o risco de recaída e regressar aos consumos.
- ☒ c) Ter acesso a apoio especializado e assim evitar os sinais e sintomas de abstinência.

Indique dois comportamentos a adotar em situações de risco?

- a) Conviver com os companheiros com quem habitualmente se consome e frequentar os locais habituais de consumo.
- ☒ b) Evitar os locais habituais de consumo, aprender a dizer que não aos companheiros de "copos".

Acha que a sessão foi proveitosa para si? Se sim, diga porquê.

R: Sim porque sistematizam conceitos
foi dada a oportunidade para a minha
experiência com a vida

Acha que a sessão foi realizada em segurança, tendo em conta o contexto actual de pandemia?

R: Sim com máscara e distância
mantendo o sigilo

Nome:

Data:

Apêndice V - Plano de sessão do RMPSJA

PLANO SESSÃO DE RELAXAMENTO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	-Apresentação pessoal - Apresentação do Tema da sessão e a sua pertinência	Clarificação da temática e objetivos da sessão através de uma explicação verbal	Dinamizador	5´
DESENVOLVIMENTO	Técnica de Relaxamento Progressivo de Jacobson adaptado - Aplicação da técnica	- Proposto aos elementos do grupo que se deitem sobre colchões dispostos pela sala e, ao som de uma música calma, em ambiente escurecido, que possibilite a libertação de quaisquer tensões, o dinamizador levará a cabo a realização de uma sessão de relaxamento muscular segundo Jacobson.	Colchões Música Elementos do Grupo	30´
FINALIZAÇÃO	- Reflexão conjunta sobre o momento -Encorajar a partilha de opiniões sobre a importância da técnica	- Partilha de experiências individuais perante a técnica de relaxamento implementada.	- Colchões - Participantes	
CONCLUSÃO	- Avaliar os resultados da sessão	- Aplicação das questões previamente definidas - Agradecimento da participação e colaboração do grupo	- Elementos do grupo. Papel e canetas	5´´

Apêndice VI – Fundamentação Teórica do RMPSJA

1. RELAXAMENTO SEGUNDO JACOBSON COMO ESTRATÉGIA PARA DIMINUIÇÃO DA ANSIEDADE

O *stress* é um dos elementos progressivamente mais presente no dia-a-dia, principalmente naqueles cuja transição de uma situação de adição para uma situação de abstinência, como é o caso dos adictos. Por conseguinte, alguma forma de manifestação ao nível do comportamento, como é o caso da ansiedade, pode influenciar o cliente quando este se sente ambivalente em relação à adesão terapêutica. A ansiedade é uma emoção negativa que desempenha um papel de mediação entre o *stress* e a reação fisiológica. É vista como uma resposta ao *stress* em emergências (Torales, J.; O'Higgins, M.; Barrios, I.; Gonzáles, I.; Almirón, M., 2020). As necessidades de um indivíduo são o estímulo motivador para a satisfação das mesmas e quando se torna impossível saciá-las são uma fonte de *stress*, exprimindo-se de certa maneira através de tensão psicológica e consequentemente da manifestação de conflitos, frustrações e perdas, (Chalifour, 2008).

De acordo com um artigo de Baldonado, Mosteiro, Queirós, Borges e Abreu (2018), o efeito do *stress* na saúde oscila conforme a reação particular de cada indivíduo, no entanto, elevados níveis de *stress* podem ser a fator de desenvolvimento de modificações na saúde a nível físico, mental, comportamental, musculoesquelético e cardiovascular, destacando nestas a ansiedade e a exaustão emocional.

“A ansiedade é um estado emocional inerente à psique humana, ao qual as pessoas se defrontam diariamente” (Oliveira & Pereira, 2012). Os termos de ansiedade e *stress* são normalmente baralhados, o *stress* é provocado por um agente externo sobre o indivíduo e a ansiedade é a reação subsequente ao agente stressor (Oliveira & Pereira, 2012). A ansiedade é universalmente definida, como uma emoção desagradável e compreendida como uma ameaça iminente com indício de sintomas a nível sensorial e do sistema nervoso autónomo. Fundamentalmente, a ansiedade, não deve ser encarada como um distúrbio, tendo em conta que está presente no homem em termos biológicos, como um mecanismo de adaptação às necessidades da vida. No entanto, torna-se o centro do problema quando a sua intensidade, tem influência a nível da pessoa (Hirschfeld, 2001).

Assim sendo, torna-se determinante procurar abordagens e capacidades que assegurem a diminuição do fator *stress* e das suas expressões, com vista à prevenção de recaídas.

Neste sentido, o relaxamento muscular progressivo segundo Jacobson adaptado, pode ser uma mais valia neste tipo de abordagem, dado que se trata de um procedimento comparativamente fácil e de simples execução e que pode mais tarde ser utilizada pela pessoa a si próprio.

É avaliada como uma técnica de relaxamento relevante, uma vez que, o relaxamento é o objetivo central a atingir. A rotatividade entre a contração muscular e o relaxamento dos músculos é a sua principal qualidade, que se alinha com uma diminuição de *stress* (Varvogli e Darviri, 2011).

A intervenção mencionada antevê-se como um procedimento autónomo de enfermagem e pode ter ganhos importantes para o indivíduo objeto dos cuidados. Mais concretamente, pode facilitar o desbloquear de tensões emocionais e promover os mecanismos de *coping* de respostas ajustadas que promovam a saúde mental. Segundo Serra (2002), gerir o *stress* é proporcionar meios para adquirir conhecimento, solucionar situações, programar atividades que sejam aprazíveis e conseguir aproveitar as pessoas que pertencem ao seu contexto, saber produzir pensamentos, ideias e emoções.

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo geral, contribuir para a prevenção e a diminuição da ansiedade nos clientes admitidos na Unidade de Desabitação das Taipas. Tem como objetivos específicos:

1. Capacitar os clientes para uma melhor gestão emocional e prevenção da ansiedade recorrendo a técnica de relaxamento como estratégia de *coping*;
2. Promover a identificação do relaxamento como estratégia na gestão de diversas situações vividas no dia-a-dia;
3. Dinamizar a sessão de RMP segundo Jacobson adaptado aos clientes, obter informações relativamente ao impacto da sessão.

2.1 POPULAÇÃO-ALVO

A realização da sessão, será proposta à chefia do serviço de Enfermagem da Unidade de Desabitação do Centro das Taipas, onde estes clientes se encontram

internados. Após a aprovação, será divulgada a mesma no serviço em questão, através de convite individual aos possíveis participantes, para participarem voluntariamente. Será também comunicado a data, local e hora da realização da sessão assim como, o objetivo geral da mesma.

Os critérios de inclusão serão clientes internados na UD das Taipas que aceitem participar voluntariamente, os critérios de exclusão serão a desorientação temporo-espacial, agitação psicomotora e a sonolência.

Tendo em consideração a situação atual de Pandemia por covid-19, esta sessão será desenvolvida de acordo com as regras e normas de higiene e segurança preconizadas pela Direção Geral da Saúde (DGS).

2.2 PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Como já referi anteriormente, iniciarei a sessão clarificando os seus objetivos, fazendo uma contextualização do tema e descrevendo o que engloba o RMP segundo Jacobson adaptado.

Para o restante esquema da sessão, recorri ao modelo proposto por Moreno para o psicodrama como é descrito no artigo de Santos & Conceição (2014), as sessões de psicodrama são constituídas por 3 fases. Tendo adaptado as fases definidas pelo autor de modo a adequarem-se aos objetivos apresentados. As fases são: o aquecimento, a dramatização e os comentários. Por outro lado, tendo em conta que a sessão se baseia na dinamização de uma intervenção psicoterapêutica - Técnica de RMP segundo Jacobson adaptado, que não é uma dramatização, esta irá ocupar a fase de dramatização do modelo moreniano.

(Na fase inicial, o aquecimento inespecífico tem o propósito de incentivar uma ocasião de relaxamento e interação interna do grupo, a nível “físico/fisiológico, intelectual/racional, mental/imaginário” (Santos & Conceição, 2014). Aqui recorrerei a uma dinâmica de grupo, com a finalidade de apresentação dos participantes do grupo. Os intervenientes, dispor-se-ão pela sala andando pela mesma, cumprindo o distanciamento social e o uso de máscara recomendados pela DGS, ouvindo uma música. Pretende-se que nesta altura, vão integrando o ambiente da sala. Gradualmente, a cadência da música irá aumentando, de acordo com as instruções do dinamizador e conjuntamente, tentar-se-á que os participantes vão reconhecendo a presença dos diversos indivíduos na sala, comunicando e participando uns com outros mantendo sempre a distância social.

Na segunda fase, após o grupo estar “fisicamente” quente, os intervenientes agrupar-se-ão em círculo apresentando-se respetivamente pronunciando o seu nome fazendo em seguida um som libertador de tensões. Com esta dinâmica pretendo que os intervenientes reconheçam o nome de cada participante e o seu som respetivo, por essa razão depois de cada apresentação, todos os intervenientes imitarão o nome do colega e o som por ele emitido.

Nesse sentido, o aquecimento específico tem a finalidade de possibilitar ao grupo um melhor entendimento do tema implícito à sessão – diminuir a ansiedade. Desta forma, esta pausa será dedicada a uma dinâmica: “Partilha de um episódio de ansiedade ou de descarga emocional”. Pretendo que cada indivíduo do grupo anote numa folha disponibilizada pelo dinamizador e de forma incógnita, uma situação de grande ansiedade/stress ou de erosão emocional, vivenciada por si. Seguidamente, será pedido aos intervenientes que se coloquem em círculo assegurando a distância social e que, cada membro leia e partilhe o que escreveu na sua folha se se sentir à vontade. Posteriormente, tenciona-se fomentar um momento de debate entre os intervenientes, onde se debrucem sobre a temática da ansiedade).

Em seguida, será sugerido ao grupo a concretização da técnica de RMP segundo Jacobson adaptado. Os participantes serão convidados a deitarem-se nos colchões dispostos pela sala e, ouvindo uma música calma, que lhes permita o alívio de tensões acumuladas.

No fim da sessão de RMP segundo Jacobsen adaptado, os participantes serão convidados a expressar a sua perceção acerca da forma como a sessão ocorreu e sendo partilhada uma folha de avaliação da sessão.

3. INDICADORES DE RESULTADO

Como indicadores de resultado serão avaliados a tensão arterial e a frequência cardíaca, antes da sessão de RMP segundo Jacobsen adaptado e após o terminus da sessão. Segundo Fernandes (2015), que avaliou o efeito do RMP na variação da frequência cardíaca, verificando-se uma redução da frequência e um efeito hipotensor na pressão sanguínea.

4. AVALIAÇÃO

Com o propósito de efetuar a avaliação desta intervenção psicoterapêutica, como descrito na metodologia de projeto, deverá ser efetuada pelo grupo-alvo. Deste modo, elaborei um instrumento de avaliação da sessão formada por 4 questões, as quais passo a descrever:

- ✓ Considera que foi criado um espaço adequado à partilha de experiências relacionadas com a temática *stress*/ansiedade?
- ✓ Considera que, tendo em conta o distanciamento social necessário, devido ao contexto atual de pandemia por covid-19 e das limitações do espaço, que foi criado um meio envolvente apropriado à intervenção realizada?
- ✓ Considera que a técnica de RMP segundo Jacobson adaptado, pode ser perspectivada como sendo uma estratégia na diminuição da ansiedade?
- ✓ Como é que se sente após a realização da sessão?

No fim da sessão psicoterapêutica, distribuirei aos intervenientes uma folha, que contém as perguntas anteriormente referidas, sendo pedido o seu preenchimento e devolução ao dinamizador garantindo o anonimato e confidencialidade. Para finalizar, farei uma análise sobre o efeito produzido pela técnica levada a cabo, tendo em consideração os objetivos previamente delineados.

5. CONCLUSÃO

Analisando a situação presente que atravessamos originada pela pandemia de covid 19, esta ir-se-á refletir, aparentemente, de forma grave a nível socioeconómico, e ao nível da saúde física e mental. Na verdade ainda é desconhecido, qual a influência que a pandemia irá exercer na saúde mental dos portugueses, ainda assim, percebe-se que o medo, a ansiedade e a angústia sobre o desconhecido incidiu particularmente naquelas pessoas mais frágeis a nível mental.

Várias conjecturas têm sido equacionados procurando discutir o efeito do álcool na saúde mental no decorrer da pandemia (Rehm, Kilian, Ferreira-Borges, Jernigan, Monteiro, Parry et al., 2020). Em todas elas, sobressai que o álcool é uma substância depressora do sistema nervoso central e está habitualmente relacionado com outras perturbações psiquiátricas. Durante o confinamento, a relação foi potencializada e pode

despoletar ou agravar episódios depressivos e ansiosos, episódios de violência doméstica, assim como aumentar o risco de recaída e de suicídio. No entanto, os potenciais efeitos na saúde pública do confinamento a longo prazo no consumo e uso indevido de álcool ainda são desconhecidos (Clay e Parker, 2020). Desta forma, em relação a esta conjectura, é oportuno que os enfermeiros que da área de saúde mental, recorram aos seus recursos pessoais com o intuito de melhorar as suas capacidades e competências junto dos cidadãos.

O desenvolvimento de intervenções psicoterapêuticas como o RMP segundo Jacobson adaptado, como intervenção específica de enfermagem, torna-se pertinente no cenário anteriormente exposto, já que é comportável financeiramente e caso se verifique a utilidade, ocorrerá concomitantemente uma diminuição do *stress* e ansiedade.

Deste modo, é relevante que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatra tenha um elevado autoconhecimento de si, de modo a que possa prestar cuidados ao outro com um alto nível de exigência.

O *stress*, medo e ansiedade, podem ser mitigados através de sessões de RMP segundo Jacobson adaptado, para grupos de clientes internados em serviços de saúde mental. O RMP segundo Jacobson adaptado, pode assim ser um recurso eficaz, desta forma, tenciona-se que ocorra uma aprendizagem de competências que fomente a gestão de emoções e promova a saúde mental.

6. BIBLIOGRAFIA

Baldonado, M., Mosteiro, P., Queirós, C., Borges, E. e Abreu, m. (2018). Stress no trabalho em enfermeiros: estudo comparativo Espanha/Portugal, Intenational Journal of working Conditions, 15,67-80. Consultado em 29/11/2020. Disponível em https://www.researchgate.net/profile/Elisabete_Borges2/publication/326827211_Stress_no_trabalho_em_enfermeiros_estudo_comparativo_EspanhaPortugal_Stress_at_work_among_nurses_a_comparative_study_SpainPortugal/links/5b657f4ba6fdcc94a70cbf92/Stress-no-trabalho-em-enfermeiros-estudo-comparativo-Espanha-Portugal-Stress-at-work-among-nurses-a-comparative-study-Spain-Portugal.pdf

Chalifour, J., (2008). A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda. Volume I. Loures: Lusodidacta.

Clay, J. e Parker, M. (2020). Alcohol use and misuse during the covid-19 pandemic: a potential public Health crisis? *Lancet Public Health*; 5 e 259.

Fernandes, G. (2015) *O relaxamento como terapia complementar em portadores de hanseníase e seu efeito na percepção da dor e na variabilidade da frequência cardíaca*. Dissertação. Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, p.82. Consultado a 29/11/2020. Disponível em http://bdtd.famerp.br/bitstream/tede/261/2/gislainebuzzinifernandes_dissert.pdf

Hirschfeld, K. (2001). Caraterísticas de ansiedade traço-estado num grupo de indivíduos que exercem as funções de atendente e auxiliar de enfermagem num hospital psiquiátrico (Doctoral dissertation, Instituto Superior de Psicologia Aplicada). Consultado em 29/11/2020. Disponível em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/588>

Killiner, S., Flanagan, S., Castine, E. e Howard, K. (2017). Stress and depression among veterinary medical students. *Journal of veterinary Medical Education*, 44(1), 3-8.

Oliveira, V. e Pereira, T. (2012). Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros: Impacto do trabalho por turnos. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 43-54. Consultado em 29/11/2020. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0874-02832012000200005&lng=pt&nrm=iso

Payne, R. (2003). Técnicas de relaxamento: um guia para profissionais de saúde. (S. Ribeiro e J. Bastos Tra.d.). 2ª Edição. Loures: Lusociência. Tradução original do inglês *Relaxation Techniques: a pratical handbook for the Health care profissional*).

Torales, J., O'Higgins, M., Barrios, I., Gonzalez, I., Almirón, M.(2020). An Overview of Jaccobson's Progressive Muscle Relaxation in Managing Anxiety. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, VOL.XXIX (3), 17-23. Consultado em 29/11/2020. Disponível em <https://doi.org/10.24205/03276716.2020.748>

Rehm, J., Killian, C., Ferreira -Borges, C., Jerningan D., Monteiro, M.;Parry, C., et al. (2020) Alcohol use in times of the covid-19: implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Review*; 39:301-4.

Santos, A. e Conceição, M. (2014). Espiral psicodramático: ciência e arte do aquecimento. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(1), 54-64. Consultado em 28/11/2020.

Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-53932014000100006&lng=es&nrm=iso

Serra, A. (2002). O stress na vida de todos os dias. 2ª Ed. Coimbra: Adriano Vaz Serra.

Vargogli, L. e Darviri, C. (2011). Stress management techniques: evidence. Based procedures that reduce stress and promote Health. Health Science Journal. Vol. 5(2), 74-81. Consultado em 29/11/2020. Disponível em <https://www.hsj.gr/medicine/stress-management-techniques-evidencebased-procedures-that-reduce-stress-and-promote-health.php?aid=3429>

Apêndice VII – Guião da sessão do RMPSJA



GUIÃO DA SESSÃO DE RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO SEGUNDO JACOBSON ADAPTADO

Adaptado de Manes, S. (2011). 83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos. (J. Serra Trad.). Lisboa: Paulos Editora. (Traduzido do original do italiano 83 giochi psicologici per la conduzione dei gruppi) e Payne, R. (2003). Técnicas de relaxamento: um guia prático para profissionais de saúde. (S. Ribeiro & J. Bastos Trad.). 2ª Edição. Loures: Lusociência. (Tradução do original do inglês Relaxation Techniques: a practical handbook for the health care professional).

Objetivo: proporcionar aos intervenientes o desenvolvimento de um estado geral de relaxamento, capaz de facilitar a comunhão consigo próprios, conduzindo a sentimentos de calma e bem-estar.

Dimensão do grupo: até 5 participantes.

Duração: aproximadamente 30 minutos.

Local:

Material: colchões, CD de música relaxante e leitor de CD.

Desenvolvimento: O dinamizador convida os participantes a deitarem-se em decúbito dorsal sobre os colchões que se encontram dispostos pela sala. Escurece a sala, coloca música de fundo e prossegue com a apresentação do relaxamento como intervenção:

COLOCAR MÚSICA

Coloquem-se o mais confortável possível.... Descansem as pernas.... Coloquem os braços numa posição confortável... fechem os olhos...

QUERO QUE DIRIGAM A VOSSA ATENÇÃO PARA A RESPIRAÇÃO...
respirem lentamente, deixando entrar o ar pelo nariz... chegar aos pulmões... sair
pela boca suavemente... deixem que a respiração siga o seu ritmo natural: suave
e lento... tornando-se cada vez mais suave e mais lento...

AGORA vão respirar lentamente, fazendo

INSPIRAÇÃO PROFUNDA – 3''	}	2 VEZES
PAUSA – 2''		
EXPIRAÇÃO PROFUNDA – 3''		

Retomem o ritmo natural da respiração: CALMO, LENTO, DESCONTRAÍDO.

AGORA, dirijam a vossa atenção para os MÚSCULOS DA FACE e sintam
qualquer tensão: NA FACE... Nos OLHOS.... Descerrem os dentes... Sintam a
LINGUA na BOCA... sintam a SALIVA...

SINTAM A FACE E OS OLHOS tornarem-se DESCONTRAÍDOS...

2X	}	AGORA, CONTRAIAM COM FORÇA OS OLHOS,
		APERTANDO AS PÁLPEBRAS... FORÇA... AGORA RELAXA, DESCONTRAÍ... SINTAM O RELAXAMENTO A ESPALHAR-SE...

...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA

...

2X

AGORA CONTRAIAM OS MAXILARES... COM
FORÇA...APERTEM OS DENTES...FORÇA... AGORA
RELAXA, SENTE A LÍNGUA NA BOCA... A SALIVA...
SINTAM O RELAXAMENTO A PERCORRER O VOSSO
CORPO...

...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA

...

ESTÃO CALMOS... REPOUSADOS... SINTAM O RELAXAMENTO...

2X

AGORA CONTRAIAM OS MÚSCULOS DO PESCOÇO... COM
FORÇA... ECOLHENDO OS OMBROS... FORÇA...
AGORA, DESCONTRAI, RELAXA... DEIXEM CAIR OS
OMBROS... SINTAM UMA ONDA DE RELAXAMENTO A
ESPALHAR-SE PELO CORPO...

...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA

...

2X

AGORA VAMOS CONTRAIR OS MÚSCULOS DAS COSTAS...
COMPRIMAM OS MÚSCULOS CONTRA O COLCHÃO... COM
FORÇA, FORÇA... DESCONTRAIAM, RELAXEM... SINTAM
O RELAXAMENTO A ESPALHAR-SE PELO CORPO...

...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA

...

2X

AGORA ESTIQUEM OS BRAÇOS... FECEM AS MÃOS, EM
PUNHO... CONTRAIAM AS MÃOS COM FORÇA ...
CONTRAIAM OS BRAÇOS COM FORÇA... FORÇA...
AGORA RELAXEM, DEIXEM CAIR OS BRAÇOS... ABRAM
AS MÃOS... AFASTEM OS DEDOS UM A UM...
DESCONTRAIAM... SINTAM AS MÃOS... OS BRAÇOS... OS
OMBROS... RELAXEM...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA

...

A VOSSA RESPIRAÇÃO É SUAVE E LENTA... SINTAM O
RELAXAMENTO...

...

2X

AGORA VAMOS CONTRAIR OS MÚSCULOS DAS PERNAS...
FORÇA... CONTRAI OS PÉS... FORÇA... AGORA

DESCONTRAI, RELAXA... MEXAM OS DEDOS DOS PÉS...
SINTAM UMA ONDA DE RELAXAMENTO A PERCORRER O
VOSSO CORPO...

...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA

...

AO EXPIRAREM, É COMO SE DEITASSEM PARA FORA TODAS AS
TENSÕES E PROBLEMAS...

ESTÃO CALMOS... DESCONTRAÍDOS... REPOUSADOS...

SINTAM O RELAXAMENTO...

...

2X

AGORA QUERO QUE SINTAM OS PONTOS DO CORPO QUE
ESTÃO EM CONTACTO COM O COLCHÃO... SENTIR AS
COSTAS... AS PERNAS... VÃO AGORA SENTIR UMA
SENSAÇÃO DE PESO... COMO SE ESTIVESSEM A AFUNDAR
NO CHÃO... SENTEM-SE PESADOS... SENTEM OS
MÚSCULOS DAS COSTAS A CONTRAÍREM-SE... AS PERNAS
A APERTAREM CONTRA O COLCHÃO... FORÇA... FORÇA...

AGORA RELAXA... DESCONTRAÍAM AS COSTAS...
DEIXEM CAIR OS OMBROS... RELAXEM OS MUSCULOS
DAS PERNAS... SINTAM UMA ONDA DE RELAXAMENTO A
PERCORRER O VOSSO CORPO...

...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA

...

ESTÃO CALMOS.... REPOUSADOS... DESCONTRAÍDOS...
CONFORTÁVEIS....

SINTAM ESSA CALMA...

...

2 CICLOS RESPIRAÇÃO PROFUNDA

...

AGORA DESCONTRAIAM OS MÚSCULOS DA PALPEBRAS...

PREPAREM-SE PARA ABRIR OS OLHOS...

TOMEM CONSCIENCIA DA SALA... ABRAM OS OLHOS... MEXAM
AS MÃOS...

MEXAM AS PERNAS... SENTEM-SE CALMAMENTE NO
COLCHÃO...

2X } VAMOS FAZER UMA INSPIRAÇÃO PROFUNDA ESTICANDO
OS BRAÇOS (TIPO ESPREGUIÇAR) E EXPIRA DEIXANDO
CAIR OS BRAÇOS...

No final questionar individualmente com decorreu a sessão, se relaxaram,
quais as dificuldades, como se sentiram...

**Apêndice VIII - Fundamentação teórica da sessão
psicoeducativa CUA**

1. CONHECIMENTOS UTEIS SOBRE O ALCOOL

1.1 ALGUNS DADOS ESTATÍSTICOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou em 2018 o Relatório Global sobre Álcool e Saúde. Genericamente verifica-se, no que ao consumo per capita diz respeito, que em 2016, aproximadamente 43% da população são consumidores atuais (consumiram nos últimos 12 meses). A média de consumo total per capita na população com mais de 15 anos aumentou de 5,5 L em 2005 para 6,4 L em 2016. Os maiores níveis de consumo per capita são observados na Europa, apesar do consumo per capita ter reduzido de 12,3 L em 2005 para 9,8 L em 2016.

As bebidas destiladas correspondem ao tipo de bebida mais consumida no mundo (44,8%), seguida da cerveja (34,3%) e do vinho (11,7%). Apesar de na Europa a bebida mais consumida continuar a ser o vinho.

Esta problemática do consumo de álcool representa no nosso país uma questão de saúde pública. De acordo com o relatório anual de 2018, do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). Constatou-se um abrandar da iniciação dos consumos em comparação com 2012, passando a idade média de 16 para 17 anos e a moda de 16 para 18 anos (SICAD, 2018).

Em 2017 foram registados em Portugal Continental 4425 internamentos hospitalares com o diagnóstico primário imputado ao consumo de álcool, principalmente relacionados com doença alcoólica do fígado (62%) e a PUA (29%). Portugal é o 11º país que mais álcool consome no mundo, cada português consome em média anualmente 12,90 L de álcool puro “per capita”. As previsões de consumo per capita para este ano são de 6,6 litros e para 2025 de 7 litros (OMS,2018). Segundo Whitelock, Polen., Green, Orleans, e Klein (2004), este tipo de consumo representa um consumo de risco.

1.2 PERTURBAÇÃO POR USO DE ALCOOL

A CID-10 e o DSM-5 consideram nos seus pressupostos a ingestão exagerada de álcool a partir do consumo pontual até à dependência. As duas classificações integram a dependência de álcool, e salientam que esta pode desenvolver vários níveis de comprometimento, durante um processo que se inicia no consumo zero até à dependência grave, assim como relacionam o grau de dependência com o grau de problemas. Há que realçar que segundo a CID-10, um indivíduo para ser considerado que tem um “uso

nocivo” tem de ser evidente que o uso contribuiu para a deterioração física ou psicológica, inclusive a competência de julgar ficar afetada ou ter uma perturbação do comportamento, o tipo de dano é nitidamente identificado. O uso nocivo é regularmente reprovado por outras pessoas e estão relacionados com os resultados sociais nefastos de vários tipos.

O consumo de baixo risco é considerado um consumo inferior a 24 gr de álcool por dia no sexo masculino e de 16 gr de álcool no sexo feminino (Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool -PNRPLA, 2010).

Consumo de risco corresponde a um tipo ou padrão de consumo que provoca dano se o consumo persistir (PNRPLA, 2010). A título de exemplo, um consumo superior a 40gr por dia duplica o risco de sofrer de doenças hepáticas (60% dos consumidores apresentarão problemas hepáticos ao fim de dez anos, hipertensão arterial, algumas neoplasias e situações de morte violenta). Nas mulheres, o consumo superior a cerca de 20g de etanol aumenta também o risco de doença hepática e neoplasia da mama (Gomes, 2010).

Beber até à intoxicação aguda (embriaguez) produz como consequência uma deterioração nas capacidades cognitivas, na tomada de decisões e na capacidade de autocontrolo do comportamento. Neste estado existe uma desinibição no que se refere aos impulsos sexuais e agressivos que favorecem o aparecimento de conflitos, relações sexuais não desejadas ou abuso sexual, de que se pode ser tanto agressor como vítima. Além disso, o deteriorar da coordenação motora pode ser causa de acidentes e lesões, nomeadamente no meio laboral (Ramos, 2016).

Segundo Gigliotti e Bessa (2004) o álcool é uma substância psicoativa, e definem dependência como um modelo de utilização constituído e apresentado por uma sequência de problemas fisiológicos, cognitivos e comportamentais, com possível evolução posterior ao uso repetido de álcool. Envolve uma ampla apetência de consumo de bebidas alcoólicas, uma diminuição de autodomínio relativamente ao seu uso, a continuação da utilização independentemente dos efeitos, os consumos transformam-se no foco do indivíduo em detrimento de relações e do trabalho, aumento da tolerabilidade ao álcool, assim como a presença de sinais e sintomas de abstinência sempre que o consumo é descontinuado.

Na faixa etária mais jovem surgiu um outro tipo de consumo que não se insere nos conceitos anteriores. Este novo tipo de consumo denomina-se “binge drinking” e é caracterizado por um consumo de seis bebidas padrão no homem e cinco bebidas padrão

na mulher na mesma altura num espaço de duas horas (Botelho, Engle, Mora e Holder, 2011). e é equivalente a um consumo que se reflete numa alcoolemia igual ou superior a 0,8 g/l (Marinho, 2008). Este tipo de consumo é também conhecido por consumo episódico intenso (heavy episodic drinking - HED), definido como 60 ou mais gramas de álcool puro, em pelo menos uma situação de uma vez por mês. A prevalência do HED diminui globalmente de 22,6% em 2000 para 18,2% em 2016 entre a população mundial, mas permanece alta entre os bebedores, mais especificamente em zonas da Europa oriental. A incidência deste tipo de consumos é menor entre os adolescentes entre os 15-19 anos do que na população total, mas atinge o seu pico aos 20-24 anos quando se torna maior do que a população total e é particularmente alta entre os homens (SICAD, 2018).

1.3 UNIDADE DE BEBIDA PADRÃO

Com o intuito de quantificar o consumo de álcool foi criado o conceito de bebida standard ou padrão. Consiste numa forma simplificada de calcular a quantidade de álcool consumida diária ou semanalmente. O consumo de álcool pode ser descrito em termos de gramas de etanol ou em termos de unidades padrão. Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool, o que corresponde a uma unidade bebida padrão. Em Portugal corresponde em média a cerca de 12g de álcool puro.

Qualquer pessoa que consuma acima do consumo de baixo risco pode apresentar consequências decorrentes do seu padrão de consumo, seja ele consumo ocasional ou regular. A unidade de bebida padrão ajuda a quantificar o consumo de álcool e a detetar consumos de risco. Ou seja, permite fazer a quantificação por unidades de bebidas ingeridas, o que facilita os cálculos do total de bebidas consumidas diária ou semanalmente.

Em Portugal, a correspondência é aproximadamente a que se apresenta no quadro seguinte:

	Cerveja	Vinho	Aperitivo	Aguardente
Capacidade do copo	3 dl	1,65 dl	0,5 dl	0,5 dl
Conteúdo de álcool puro	12g	12 a 13g	10 a 12g	14 a 16g

1.4. CONSEQUÊNCIAS DO ÁLCOOL NO ORGANISMO

1.4.1. CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS

O consumo de bebidas alcoólicas pode causar múltiplos problemas clínicos e psicossociais, pelo que é muito importante o enfermeiro saber explorar esses contextos. Entre os de tipo clínico destacam-se a patologia do foro digestivo (esofágica, gástrica, do intestino delgado, pancreática e hepática), assim como perturbações cardiovasculares, hematológicas, osteomusculares, metabólicas, infecciosas, neoplásicas e alterações neurológicas. Também podem associar-se perturbações psiquiátricas (ansiedade, depressão, fobias, crises de angústia) e outras dependências (tabagismo, benzodiazepinas, cannabis, cocaína e opiáceos) (Santos, 2009).

Problemas gastrointestinais

Problemas como alterações hepáticas (esteatose hepática, hepatite alcoólica, cirrose alcoólica), pancreatite (aguda e crónica), alterações gástricas (gastrite e úlceras pépticas), má absorção intestinal, Síndrome de Mallory-Weiss surgem associadas ao consumo de álcool (Guardia, 2007). O consumo de álcool aumenta o risco de cirrose (Santos, 2009) e pancreatite aguda ou crónica (Cardoso, 2014). Existe uma associação forte entre o consumo de álcool e a cirrose – para homens falecidos entre os 35 e os 69 anos, o risco de morte por cirrose era de 5/100.000 nos abstinentes e de 41/100.000 nos consumidores de quatro ou mais unidades por dia (Lopes, Quinteiro, Matos, Mendes, Martins, et al., 2015).

Problemas Cardiovasculares

Os problemas cardiovasculares dos quais se destaca a Hipertensão, existem estudos que confirmam que entre 5% a 30% dos casos de hipertensão podem estar relacionados com o consumo associado de álcool. O álcool aumenta o risco de hipertensão de forma dose dependente (Klatsky, 2004).

Acidentes vasculares cerebrais (AVC), o álcool aumenta o risco de ocorrência de AVC isquémico e hemorrágico de forma dose dependente (Pinheiro, 2012). Consumos episódicos de grandes quantidades de álcool são um importante fator de risco de acidente vascular cerebral, quer isquémico quer hemorrágico, em adolescentes ou jovens adultos. Um em cada cinco acidentes vasculares cerebrais em pessoas com menos de quarenta anos está relacionado com consumo de álcool (Pinheiro, 2012). Consumos mais elevados

podem precipitar eventos cardíacos, arritmias, isquemia do miocárdio e morte súbita coronária (Gonçalves, Correia, Falcão e Ravara, 2005). O consumo de álcool aumenta o risco de calcificação das artérias coronárias em jovens adultos, um marcador de aterosclerose que é preditivo de doença cardíaca no futuro (Pletcher, Tice, Pignone e Browner, 2004).

Problemas Imunológicos

O álcool pode interferir com as funções normais do sistema imunológico condicionando deficiência imunológica, o que pode provocar o aumento de algumas doenças infecciosas, incluindo pneumonias, tuberculoses e síndrome de imunodeficiência adquirida (Jesus, Menezes, Santos, Santos, Silva e Silva, 2017).

Sistema músculo-esquelético

O consumo de álcool associa-se ao risco de osteoporose e fraturas em homens e mulheres de forma dose dependente (Martins, Formigari, Mikael, Cunha, e Verano, et al. (2012).

Neoplasias

O álcool aumenta de forma significativa o risco de neoplasia da boca, esófago, laringe, fígado e mama e, em menor expressão, aumenta também a possibilidade de sofrer de neoplasia de estômago, cólon e reto (Filho, 2012). Em síntese, o álcool aumenta o risco de uma variedade de danos numa forma que é dependente da dose sem evidência de qualquer efeito de limiar. Para o consumidor individual, quanto maior for o consumo maior é o risco. Danos provocados pelo facto de alguém consumir em excesso podem provocar desde insónias até às mais sérias consequências, como problemas conjugais, abuso de menores, crime, violência e, no limite, homicídio (Martinez, Escãno, Sousa. e Pinto, 2018). O consumo regular de bebidas alcoólicas, ou seja, 2 a 3 bebidas por dia para os homens e 1 a 2 bebidas para as mulheres, aumenta a probabilidade de sofrer doenças no estômago e intestinos, fígado, coração, cérebro e cancro na mama. Existem benefícios para a saúde em reduzir ou parar o consumo de álcool. Todos os riscos agudos podem ser revertidos se o álcool for eliminado.

Mesmo entre as doenças crónicas, como hepatopatias e depressão, reduzir ou parar o consumo de álcool está associado a possíveis melhoras na saúde. Jovens que parem os consumos de álcool enquanto crescem reduzem o risco associado aos danos

provocados pelo álcool (Brito, Precioso, Correia, Albuquerque e Samorinha et al., 2015). Assim, uma vez que o álcool está implicado numa grande variedade de sintomas físicos e problemas de saúde mental numa forma dependente da dose, existe um benefício claro, em termos de saúde, na identificação dos doentes com consumos de risco e nocivo pelos profissionais de saúde.

As doenças crónicas dependem do tempo de exposição e, por isso, os riscos são reduzidos mas não completamente eliminados com a remoção do álcool. Por outro lado, há indicações de que ao reduzir-se o consumo de álcool nas populações se consegue uma rápida redução do número de mortes por cirrose (Santos, 2009). Outro exemplo é a depressão, cujos sintomas melhoram com dias ou semanas de abstinência de álcool (Galvão, Pinheiro, Gomes e Ala, 2017).

Adição à nicotina. O consumo de álcool e o uso de tabaco são comportamentos que surgem muitas vezes associados. Assim, não só pessoas que bebem têm mais tendência a fumar como quem bebe em maiores quantidades tem tendência a fumar também mais. São cerca de 90% os doentes com dependência alcoólica que fumam. Do mesmo modo, os fumadores consomem bebidas alcoólicas mais habitualmente que não fumadores e os fumadores dependentes de nicotina têm 2,7 vezes risco acrescido de se tornarem dependentes de álcool do que os não fumadores. Esta é uma das razões para a consistente relação entre o álcool e a neoplasia do pulmão encontrada em muitos estudos epidemiológicos (Silva, Araújo, Félix, Simão, Lobato et al., 2010).

1.4.2. CONSEQUÊNCIAS PSICOSSOCIAIS

No âmbito psicossocial, o consumo excessivo dificulta a adaptação familiar e socio laboral devido ao facto de o funcionamento cognitivo, emocional e comportamental se deteriorar em proporção direta com o grau de intoxicação. As primeiras dificuldades aparecem na família e noutras relações interpessoais. Existe ainda o risco de separação e divórcio, perda do emprego e a possibilidade acrescida de sofrer acidentes (rodoviários, laborais ou domésticos) (Santos, 2009).

O consumo de álcool provoca alterações no nosso cérebro. O nosso cérebro está dividido em quatro regiões, que se designam por “lobos”: o lobo frontal, o parietal, o occipital e o temporal. O álcool tem ação direta a nível do lobo frontal- região do cérebro

que planeia os comportamentos e pensamentos e as tomadas de decisão, e lobo temporal – região do cérebro responsável pela percepção auditiva, memória a longo prazo e respostas emocionais. Assim, quando consomes álcool estás sujeito a apresentar alterações a estes níveis começando a agir por impulso, sem pensar nas atitudes que tomas (Ferreira, 2019).

Perturbações cognitivas, demência e lesão cerebral, o álcool tem efeitos agudos e prolongados sobre as funções cerebrais e neuropsicológicas. A relação entre consumo excessivo de álcool e perturbações cognitivas está bem estudado (Bastos, 2014). O consumo de álcool produz atrofia cerebral mais marcada nos lóbulos frontais. Esta atrofia associa-se a alterações cognitivas e é parcial ou totalmente reversível se o indivíduo deixar de beber e manter a abstinência (Ferreira, 2019). O consumo de álcool durante a adolescência pode alterar o desenvolvimento cerebral e, em especial, afetar o hipocampo, estrutura fundamental nos processos de memória e aprendizagem (Bastos, 2014).

Contudo, os doentes com consumo excessivo, seja de risco ou nocivo, podem manifestar inicialmente poucos sintomas ou sinais clínicos e o enfermeiro pode não suspeitar da relação entre algumas queixas inespecíficas e o consumo de álcool. Na anamnese, algumas queixas como cefaleias, ansiedade, humor depressivo, dores epigástricas ou abdominais, perda de memória ou cansaço deve alertar o enfermeiro para a possibilidade de poder estar perante um problema relacionado com o consumo de álcool (Santos, 2009). Por outro lado, o risco associado com a maior parte destes problemas apresenta uma relação dose-efeito, ou seja, aumenta de forma proporcional com a intensidade do consumo sem que exista uma dose limiar (Rehm, Gmel, Sempos e Trevisan, 2003), e com diferentes riscos em função do sexo, vulnerabilidade individual, risco cardiovascular e a idade (Tolstrup, Jensen, Tjønneland, Overvad e Grønbæk M., 2004).

Depressão

Através de vários estudos consegue comprovar-se que pessoas deprimidas e com perturbações de humor estão em risco acrescido de dependência alcoólica e vice-versa. Indivíduos com dependência têm um risco duas a três vezes superior de apresentar perturbações depressivas (Ribeiro, Laranjeira e Cividanes, 2005). Existe ainda evidência de um contínuo na importância da comorbilidade relacionada com o uso de álcool e ainda mecanismos biológicos que podem explicar como a dependência alcoólica pode causar

perturbações depressivas. Existem vários estudos que demonstram que as perturbações ligadas ao álcool precedem os episódios depressivos. Muitos quadros depressivos melhoram significativamente com a abstinência (Galvão, Pinheiro, Gomes e Ala, 2017).

O álcool também provoca perturbações no sono (Salvador, 2008). Para a maior parte destes problemas de saúde, o risco apresenta uma relação dose-dependente, ou seja, aumenta de forma proporcional à intensidade do consumo de álcool sem que exista uma dose limiar e com diferentes riscos em função do sexo, idade, vulnerabilidades individuais e risco cardiovascular (Oliveira, Silva, Silva, Coutinho, Bloch, et al., 2019).

Consequências sociais do consumo de Álcool.

O risco de ocorrerem consequências a nível social, com o consumo de álcool, aumenta proporcionalmente com a quantidade de álcool consumida. Este tipo de complicações encontra-se muito associado aos danos provocados a terceiros. Com o consumo de álcool verifica-se uma desinibição nas respostas sexuais e agressivas com um aumento na probabilidade de relações sexuais não protegidas, um maior risco de contágio de doenças de transmissão sexual (síndrome da imunodeficiência adquirida e hepatites virais e maior risco de violência e comportamentos desajustados) (Guardia, 2004). Deste modo, consumo excessivo de álcool está mais propício a comportamentos sexuais de risco. Está comprovado que os adolescentes que consomem álcool numa dose excessiva, tornam-se com mais frequência mais desinibidos (mais “soltos”) e apresentam comportamentos que não são adequados a nível social, ficando mais impulsivos e com falta de autocontrolo, podendo levar à tomada de decisão irrefletida, o que pode levar então a comportamentos sexuais de risco (Jones, Cservenka e Nagel, 2016).

Consequências sociofamiliares, o consumo de álcool tem um papel importante no contexto de vida social e encontra-se associado ao prazer e à diversão, estando a procura do álcool em momentos sociais muito relacionado com os aspetos culturais. O facto de o consumo de álcool estar associado ao prazer constitui um fator importante para que as pessoas bebam (Carmo, Faria, Pelzer, Terra e Santos, 2018). Existem estudos que confirmam que os efeitos imediatos do consumo de álcool incluem aumento da diversão, euforia, sensação de felicidade e uma expressão geral de humor positivo, sensações estas mais sentidas em grupos que individualmente (Boné, 2014). Existem vários estudos que demonstram a redução do stress, o efeito desinibidor, o aumento da sociabilidade do álcool e o efeito relaxante do consumo de álcool. Existem, contudo, também outros

estudos que demonstram que indivíduos que procuram o álcool para sentirem o efeito relaxante têm maior probabilidade de se tornarem dependentes.

Consequências familiares do consumo de álcool.

Maus-tratos e abandono, o consumo de álcool é um dos principais fatores de risco para o aparecimento de maus-tratos familiares. Existe uma relação direta entre os níveis de consumo de álcool e a gravidade do ato violento. Estima-se que, em 30% dos casos de violência familiar, o agressor esteja sob efeito do álcool, envolvendo os maus-tratos familiares tanto o cônjuge como os filhos. Além disso, o consumo de álcool aumenta o risco de separação e divórcio, sendo que as mulheres com Problemas Ligados ao consumo de Álcool têm frequentemente problemas de natureza conjugal (Martins e Nascimento, 2017).

Problemas laborais e problemas judiciais, o consumo excessivo de álcool aumenta o desemprego. Aumenta também o absentismo, baixo rendimento e acidentes laborais (Brito e Cardoso, 2020). Comportamentos violentos: estima-se que cerca de 50% dos crimes violentos implicam pessoas que consumiram álcool, sobretudo no caso dos homicídios e agressões sexuais (Serra, 2014). Geralmente, quanto mais sério for o crime, ferimento ou lesão maior é a probabilidade de o álcool estar envolvido (Serra, 2014). Danos provocados a terceiros constituem uma razão importante para que se intervenha nos casos de consumo de risco e nocivo (Rossow e Hauge, 2004).

A evidência confirma que o consumo de álcool excessivo pode ter um papel causal nos comportamentos violentos. A probabilidade de agressão é oito vezes superior nos dias em que o agressor tenha bebido quando comparado com os dias em que não tenha bebido (Adorno, 2008). O álcool é ainda a substância mais frequentemente associada aos homicídios (Serra, 2014). A agressividade descontrolada devido à intoxicação aguda pode passar da auto-agressão ao suicídio. Num estudo feito com pessoas que se suicidaram, cerca de 30% das autópsias confirmaram a presença de álcool (Antunes e Costa, 2019). Um considerável número de situações de agressividade e crime envolve indivíduos que fizeram consumo de álcool. Estudos demonstram também que os consumidores excessivos de bebidas alcoólicas que cometem atos violentos foram eles próprios sujeitos a violência (Lopes, Ganassin, Marcon, Decesaro, 2015). Outro contexto importante é o que se encontra associado ao consumo de álcool e violência doméstica e sexual (Carpanez, Lourenço e Bhona, 2019).

O consumo de bebidas alcoólicas apresenta muitos riscos para a saúde corporal e psicológica das pessoas. Quem começa a consumir álcool durante a adolescência tem mais hipóteses de sofrer consequências na idade adulta como: desenvolver dependência; danos cerebrais; danos na memória; limitações de aprendizagem e também aumento da possibilidade de se praticarem crimes na idade adulta.

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo geral, promover a literacia em saúde, sobre os conhecimentos úteis sobre o álcool nos clientes admitidos na Unidade de Desabilitação das Taipas. Tem como objetivos específicos:

1. Capacitar os clientes para a interiorização dos conhecimentos sobre as consequências físicas do álcool no organismo;
2. Capacitar os clientes para a interiorização dos conhecimentos para as possíveis consequências psicossociais resultantes do uso abusivo de álcool.
3. Promover a identificação de situações vividas pelos clientes em que tenham tido já alguma consequência do uso abusivo de álcool;
4. Dinamizar a sessão psicoeducativa adaptado aos clientes, obter informações relativamente ao impacto da sessão.

2.1. POPULAÇÃO-ALVO

A realização da sessão, será proposta à chefia do serviço de Enfermagem da Unidade de Desabilitação do Centro das Taipas, onde estes clientes se encontram internados. Após a aprovação, será divulgada a mesma no serviço em questão, através de convite individual aos possíveis participantes, para participarem voluntariamente. Será também comunicado a data, local e hora da realização da sessão assim como, o objetivo geral da mesma.

Os critérios de inclusão serão clientes internados na UD das Taipas que aceitem participar voluntariamente, os critérios de exclusão serão a desorientação temporoespacial, agitação psicomotora e a sonolência.

Tendo em consideração a situação atual de Pandemia por covid-19, esta sessão será desenvolvida de acordo com as regras e normas de higiene e segurança preconizadas pela Direção Geral da Saúde (DGS).

2.2 PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Como já referi anteriormente, iniciarei a sessão clarificando os seus objetivos, fazendo uma contextualização do tema e descrevendo o que engloba os conhecimentos úteis sobre o álcool.

O esquema da sessão, será apresentado em Powerpoint, assim como toda a sessão. Por outro lado, tendo em conta que a sessão se baseia na dinamização de uma intervenção psicoeducativa procurarei que os clientes participem ativamente na sessão de forma a interiorizarem mais facilmente os conteúdos.

No fim da sessão os participantes serão convidados a expressar a sua perceção acerca da forma como a sessão ocorreu e sendo partilhada uma folha de avaliação da sessão.

3. INDICADORES DE RESULTADO

Como indicadores de resultado serão distribuídas as folhas de avaliação no final da sessão com algumas questões, para avaliar a interiorização dos conhecimentos transmitidos. Os resultados serão avaliados posteriormente à sessão.

4. AVALIAÇÃO

Com o propósito de efetuar a avaliação desta intervenção psicoeducativa, como descrito na metodologia de projeto, deverá ser efetuada pelo grupo-alvo. Deste modo, elaborei um instrumento de avaliação da sessão formada por 4 questões, as quais passo a descrever:

- ✓ Enumere três tipos de consequências do álcool no organismo.
- ✓ Enumere três consequências do uso abusivo de álcool.
- ✓ Acha que a sessão de esclarecimento foi proveitosa para si? Porquê?

- ✓ Considera que, tendo em conta o distanciamento social necessário, devido ao contexto atual de pandemia por covid-19 e das limitações do espaço, que foi criado um meio envolvente apropriado à intervenção realizada?

No fim da sessão psicoeducativa, distribuirei aos intervenientes uma folha, que contém as perguntas anteriormente referidas, sendo pedido o seu preenchimento e devolução ao dinamizador garantindo o anonimato e confidencialidade. Para finalizar, farei uma análise sobre a sessão, tendo em consideração os objetivos previamente delineados.

5. CONCLUSÃO

O enfrentar da pandemia da COVID-19 tem exigido, até ao momento, a implementação de ações de Saúde Pública não farmacológicas, especialmente aquelas que visam ao distanciamento físico e o uso de máscaras. Diferentes estratégias foram adotadas nos países afetados, desde o isolamento de casos e contatos até ao confinamento geral, incluindo a proibição do funcionamento de bares, restaurantes, discotecas, entre outros. Devido à restrição do funcionamento de tais estabelecimentos, o consumo de álcool, que era realizado em espaços públicos, passou a ser efetuado em privado, tendo o domicílio passado a ser o local elegido para esse comportamento. Analisando a situação presente que atravessamos originada pela pandemia de covid 19, esta ir-se-á refletir, aparentemente, de forma grave a nível socioeconómico, e ao nível da saúde física e mental. Neste momento, tem se observado um aumento do consumo de álcool em casa, aparentemente decorrente do confinamento (Garcia e Sanchez, 2020). Na verdade ainda é desconhecido, qual a influência que a pandemia irá exercer na saúde mental dos portugueses, ainda assim, percebe-se que o medo, a ansiedade e a angústia sobre o desconhecido incidiu particularmente naquelas pessoas mais frágeis a nível mental.

Várias conjecturas têm sido equacionados procurando discutir o efeito do álcool na saúde mental no decorrer da pandemia (Rehm, Kilian, Ferreira-Borges, Jernigan, Monteiro, Parry et al., 2020). Em todas elas, sobressai que o álcool é uma substância depressora do sistema nervoso central e está habitualmente relacionado com outras perturbações psiquiátricas. Durante o confinamento, a relação foi potencializada e pode despoletar ou agravar episódios depressivos e ansiosos, episódios de violência doméstica, assim como aumentar o risco de recaída e de suicídio. No entanto, os potenciais efeitos

na saúde pública do confinamento a longo prazo no consumo e uso indevido de álcool ainda são desconhecidos (Clay e Parker, 2020). Desta forma, em relação a esta conjectura, é oportuno que os enfermeiros da área de saúde mental, recorram aos seus recursos pessoais com o intuito de melhorar as suas capacidades e competências junto dos cidadãos.

Desta forma, é relevante que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatra coordene, desenvolva e implemente programas de psicoeducação e treino em saúde mental. Assim como, desenvolva processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação. Promover a reabilitação psicossocial do cliente, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais de modo a que possa prestar cuidados ao outro com um alto nível de exigência.

6. BIBLIOGRAFIA

Adorno, R. (2008). Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. SMAD Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas. Versão On-line ISSN 1806-6976. (Ed. port.) v.4 n.1 Ribeirão Preto fev. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100002

Babor, T.; Higgins-Biddle, J.; Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization.

Bastos, A. (2014). Estimulação Cognitiva em Pacientes com Alcoolismo: Vantagens da Utilização de Dispositivos Móveis. Dissertação de Mestrado. <https://recil.grupolusofona.pt/bitstream/10437/5913/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Ana%20Bastos.pdf>

Boné, M. (2014). Compreender a abstinência e o consumo de álcool entre escolares dos ensinos básico e secundário. Dissertação de mestrado. https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/11168/8/Dissertacao_Maria_Bone.pdf

Botelho, R.; Engle, B.; Mora, J.; Holder, C. (2011). *Brief Interventions for alcohol misuse. Primary care: Clinics in office practice*. 38, 105-123.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2010.11.008>

Brito, D. e Cardoso M. (2020). Padrões de Consumo de Álcool associados a Acidentes de Trabalho em Portugal em 2017. *Revista Portuguesa de Saúde Ocupacional on line*, volume 10, 1-30. DOI: 10.31252.28.11.2020

Brito, I.; Precioso, J.; Correia, C.; Albuquerque, C.; Samorinha, C.; Cunha-Filho, H. e Becoña, E. (2015). Fatores associados ao consumo de álcool na adolescência, em função do género. *Psicologia, Saúde & Doenças*. ISSN 1645-0086. Vol.16 no.3 Lisboa dez.

Cardoso, C. (2014). Pancreatite Alcoólica. Dissertação de Mestrado. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/4842/1/PPG_12345.pdf

Carmo, D.; Faria, F.; Pelzer, M.; Terra, M.; Santos, M. e Pillon, S. (2018). *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 20 (2), 225-239. São Paulo, SP, maio-ago.. ISSN 1516-3687 (impresso), ISSN 1980-6906 (on-line). <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v20n2p240-253>.

Carpanez, T.; Lourenço, L. e Bhona, F. (2019). Violência entre parceiros íntimos e uso de álcool: estudo qualitativo com mulheres da cidade de Juiz de Fora-MG. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. Versão On-line ISSN 1809-8908. *Pesquisas e práticas psicossociais*. Vol.14 no.2. São João del-Rei abr./jun. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082019000200012&lng=pt&nrm=iso

Clay, J. e Parker, M. (2020). Alcohol use and misuse during the covid-19 pandemic: a potential public Health crisis? *Lancet Public Health*; 5 e 259.

Ferreira, S. (2019). Programa de reabilitação cognitiva em utentes com perturbação de uso de álcool. RUL. Universidade Lusíada de Lisboa. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação. *Revista de psicologia da criança e do adolescente [ULL-IPCE] RPCA*, v. 10, n. 2, p. 233-248. <http://repositorio.ulusiada.pt/handle/11067/5563>

Filho, V. (2012-2013). Revista da Universidade de São Paulo, dezembro/fevereiro, São Paulo. Nº. 96, p. 37-46. <file:///C:/Users/Isilda%20Seixas/Downloads/52255-Texto%20do%20artigo-65216-1-10-20130307.pdf>

Galvão, A.; Pinheiro, M.; Gomes, M. e Ala, S. (2017). Ansiedade, stress e depressão relacionados com perturbações do sono-vigília e consumo de álcool. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]., pp.8-12. ISSN 1647-2160. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0160>.

Garcia, L. e Sanchez, Z. (2020). Consumo de álcool durante a pandemia da COVID-19: uma reflexão necessária para o enfrentamento da situação. *Cadernos de Saúde Pública*. Print version ISSN 0102-311X On-line version ISSN 1678-4464. *Cadernos Saúde Pública* vol.36 nº.10 Rio de Janeiro. Epub Oct 26. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00124520>

Gomes, C. (2010) A Medicina Geral e Familiar e a Abordagem do Consumo de Álcool https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2733/1/ulsd059888_td.pdf

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

Gonçalves, A.; Correia, A.; Falcão, L. e Ravara, A. (2005). Miocardiopatia alcoólica – significado clínico e prognóstico. Artigos de revisão. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Vol.12 | nº 2 | abr/jun 2005. https://www.spmi.pt/revista/vol12/vol12_n2_2005_089-101.pdf

Grant, B.; Stinson, F.; Dawson, D.; Chou, P.; Dufour, M.; Compton, W. et al. (2004). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*.; 61:807-16.

Guardia, J. (2007). Guia clínica para el tratamiento del alcoholismo. Valência: Socidrogalcohol. <https://socidrogalcohol.org/wp-content/Pdf/publicaciones/manuales-guias/gua-clnica-alcohol-primera-edicin-2007.pdf>

Jesus, J.; Menezes, A.; Santos, C.; Santos, S.; Silva, K. e Silva, S. (2017). Efeitos Deletérios do Álcool no Sistema Imunológico. <https://eventos.set.edu.br/sempesq/article/view/7672>.

Klatsky, A. (2004). Alcohol-associated hypertension: when one drinks makes a difference. *Hypertension*.;44:805-6.

Lopes, A.; Ganassin, G.; Marcon, S. e Decesaro, M. (2015). Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. Estudos de psicologia (Natal) [online]. Vol.20, n.1, pp.22-30. ISSN 1678-4669. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20150004>.

Lopes, C.; Quinteiro, I.; Matos, L.; Mendes, F.; Martins, E.; Fonseca, S. e Fernandes, R. (2015). Consumo de álcool numa amostra portuguesa em idade adulta jovem. <https://core.ac.uk/download/pdf/70646336.pdf>

Marinho, R. (2008). *O álcool e os jovens. Dossier: problemas ligados ao álcool*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, 24, 293-300.

Mello, M. (2001). Álcool e problemas ligados ao consumo de álcool em Portugal. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Martins, G.; Formigari, C.; Mikael, L.; Cunha, F.; Verano, J.; Parizza Ramos de Leu Sampaio, P.; Netto, O. (2012). Influência do tabagismo e alcoolismo na densidade mineral óssea. Revista de Medicina e Saúde de Brasília; 1(1):4-9.

Martins, A. e Nascimento, A. (2017). Violência doméstica, álcool e outros fatores associados: uma análise bibliométrica. Arquivos Brasileiros de Psicologia versão On-line ISSN 1809-5267. Arq. bras. psicol. vol.69 nº.1. Rio de Janeiro. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000100009

Martinez, G.; Escãno, H.; Sousa, M. e Pinto, C. (2018). Impacto do etanol e consumo de café na qualidade de sono de académicos de medicina. Revista de Medicina (São Paulo), maio-jun.; 97(3):267-72. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v97i3p267-272>

Nunes, E. (2006). Revista Portuguesa de Clínica Geral; 22:225-44 <http://www.esjcff.pt/profs/clubproj/peses15/book-tabagismo.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, 2010 <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PlanoNacionalReducaoProblLigadosAlcool.pdf>

Pinheiro, S. (2012). Epidemiologia genética do Acidente Vascular Cerebral: identificação de genes envolvidos na suscetibilidade e na recuperação do doente. Dissertação de

Mestrado.

<http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/1234/1/Sofia%20Paulos%20Pinheiro.pdf>

Pletcher M., Tice J., Pignone M., Browner W. (2004) Using the coronary artery calcium score to predict coronary heart disease events: a systematic review and meta-analysis. *Arch Intern Med.*; 164:1285-92.

Ramos, A. 2016 Brincar e Crescer no Mundo da Saúde – Os Riscos de Álcool

<https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/1932/1/94.pdf>

Rehm J, Gmel G. Sempos CT, Trevisan M. (2003). Alcohol related morbidity and mortality. *Alcohol Res Health.* 27:39-51.

Rehm, J., Killian, C., Ferreira -Borges, C., Jerningan D., Monteiro, M.;Parry, C., et al. (2020) Alcohol use in times of the covid-19: implications for monitoring and policy. *Drug Alcohol Review*; 39:301-4.

Ribeiro, M.; Laranjeira, R.; Cividanes, G (2005). *Revista Psiquiátrica Clínica* 32, suplemento 1; 78-88,

Rossow I, Hauge R. (2004). Who pays for the drinking? Characteristics of the extent and distribution of social harms from others' drinking. *Addiction.*;99:1094-102

Santos, T. (2009) Uma análise da importância do álcool, dos seus processos e efeitos para um nutricionista. Monografia.

https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54735/3/130844_0954TCD54.pdf

Silva, M.; Araújo, F.; Félix, F.; Simão, A.; Lobato, R.; Sousa, F.; Fonteles, M.; Viana, G.; Vasconcelos, S. (2010). Alcohol and nicotine: mechanisms of dependence. *Revista de Neurociências* 18(4):531-537
<http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1804/363%20revisao.pdf>

Serra, A. (2014). Álcool e Criminalidade. Dissertação de Mestrado.
<https://repositorio.ismai.pt/bitstream/10400.24/266/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20%C3%81lcool%20e%20Criminalidade.pdf>

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual (2018). Consultado em 05/10/2020. Disponível em

http://www.sicad.pt/PT/Documents/2019/relatorio_2018/RelatorioAnual_2018_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool.pdf

Stipp, M.; Leite, J.; Cunha, N.; Assis, L.; Andrade, M.; Simões, R. (2007). O Consumo do Alcool e doenças Cardiovasculares – Uma análise sob o olhar da enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem dez; 11 (4): 581 - 5.

Tolstrup, J.; Jensen, M.; Tjønneland, A.; Overvad, K.; Grønbæk, M. (2004). Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction*; 99:323-30.

Apêndice IX – Plano de sessão do RMPSJA

PLANO DE SESSÃO “CONHECIMENTOS ÚTEIS SOBRE O ALCOOL” REALIZADO NO INTRNAMENTO

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	-Apresentação pessoal - Apresentação do Tema da sessão e os objetivos	Objetivo Geral: Proporcionar conhecimentos úteis sobre o consumo abusivo de álcool, aos clientes internados no internamento. Objetivos Específicos: - Capacitar os clientes para interiorização de conhecimentos sobre as consequências físicas e psicossociais resultantes do consumo abusivo de álcool. - Promover a identificação de situações vividas pelos clientes em que tenham tido já alguma consequência do uso abusivo de álcool; - Dinamizar a sessão psicoeducativa adaptado aos clientes, obter informações relativamente ao impacto da sessão.	Dinamizador e Computador	5´

DESENVOLVIMENTO	- Promover o adquirir dos conhecimentos abordados na sessão - Encorajar a participação na avaliação da sessão	- Alguns dados estatísticos - Perturbação por uso de álcool (PUA) - Falsos Conceitos - Unidade de bebida padrão - Consequências do álcool no organismo: ➤ Consequências físicas ➤ Consequências psicossociais	Dinamizador e Computador Elementos do Grupo Dinamizador e Computador Elementos do grupo	30´
CONCLUSÃO	- Avaliar os resultados da sessão	- Esclarecimentos e sugestões - Preenchimento das fichas avaliativas - Aplicação do “questionário de avaliação de conhecimentos úteis acerca do álcool” - Agradecimento da participação e colaboração do grupo	- Elementos do grupo. Papel e canetas	5´´

**Apêndice X - Fundamentação teórica da sessão
psicoeducativa Fígado**

O consumo de bebidas alcoólicas pode causar múltiplos problemas clínicos e psicossociais, pelo que é muito importante o enfermeiro saber explorar esses contextos. Entre os de tipo clínico destacam-se a patologia do foro digestivo (esofágica, gástrica, do intestino delgado, pancreática e hepática), assim como perturbações cardiovasculares, hematológicas, osteomusculares, metabólicas, infecciosas, neoplásicas e alterações neurológicas. Também podem associar-se perturbações psiquiátricas (ansiedade, depressão, fobias, crises de angústia) e outras dependências (tabagismo, benzodiazepinas, cannabis, cocaína e opiáceos) (Santos, 2009).

Problemas gastrointestinais

Problemas como alterações hepáticas (esteatose hepática, hepatite alcoólica, cirrose alcoólica), surgem associadas ao consumo de álcool (Guardia, 2007). O consumo de álcool aumenta o risco de cirrose (Santos, 2009) e pancreatite aguda ou crónica (Cardoso, 2014). Existe uma associação forte entre o consumo de álcool e a cirrose – para homens falecidos entre os 35 e os 69 anos, o risco de morte por cirrose era de 5/100.000 nos abstinentes e de 41/100.000 nos consumidores de quatro ou mais unidades por dia (Lopes, Quinteiro, Matos, Mendes, Martins, et al., 2015).

O fígado é um órgão que pertence ao sistema digestivo, localizado na parte superior direita do abdómen, abaixo do diafragma e acima do estômago, rim direito e intestinos. Este órgão tem cerca de 20 cm de comprimento, pesa à volta de 1,5 Kg em homens e 1,2 Kg em mulheres e é subdividido em 4 lobos: direito, esquerdo, caudado e quadrado.

Uma das principais funções do fígado é filtrar o sangue e eliminar as toxinas, mas também possui muitas outras funções importantes como produzir proteínas, fatores de coagulação, triglicerídeos, colesterol e biliar, por exemplo.

O fígado tem uma grande capacidade de regeneração e é por isso que se pode doar parte deste órgão. No entanto, existem muitas doenças que podem afetar este órgão, como hepatite, fígado gordo ou cirrose.

Principais funções

O fígado é um órgão que desempenha muitas funções importantes no corpo:

1. Digestão de gorduras

O fígado é o principal órgão que participa da digestão de gorduras dos alimentos através da produção da bÍlis, um fluido alcalino, capaz de degradar as gorduras em ácidos gordos, que são mais facilmente absorvidos no intestino delgado.

Além disso, a bÍlis neutraliza e dilui o suco gástrico, além de possuir bilirrubina, uma substância amarelo-esverdeado que dá cor às fezes.

2. Armazenamento e libertação de glicose

O fígado remove o excesso de glicose da corrente sanguínea e a armazena como glicogénio, que serve como fonte de energia, mantendo a glicemia entre as refeições e funcionando como uma reserva de glicose para o corpo. Conforme necessário, este órgão pode converter o glicogénio novamente em glicose, enviando para o sangue para ser utilizada por outros tecidos. Além disso, o fígado também é capaz de transformar a galactose e a frutose em glicose para ser usada como fonte de energia.

3. Produção de proteínas

O fígado produz a maioria das proteínas encontradas no sangue, principalmente a albumina, que desempenha um papel importante na regulação do volume sanguíneo, na distribuição de fluidos no corpo e no transporte de várias substâncias pelo sangue como bilirrubina, ácidos gordos, hormonas, vitaminas, enzimas, metais, iões e alguns medicamentos. Outras proteínas produzidas pelo fígado incluem a transferrina, que transporta o ferro para o baço e medula óssea, e o fibrinogénio, importante para a coagulação sanguínea.

4. Eliminação de toxinas

O fígado desempenha um papel importante na proteção do organismo contra substâncias tóxicas como o álcool, por exemplo, por ter a capacidade de filtrar o sangue, removendo toxinas que são enviadas para os rins e eliminadas através da urina.

5. Produção de colesterol

O fígado produz colesterol a partir de alimentos ricos em gordura, que depois é transportado no sangue por moléculas que se chamam lipoproteínas, como LDL e HDL. O colesterol é necessário para o funcionamento normal do corpo, participando na produção de vitamina D, de hormonas como a testosterona e o estrógeno, e dos ácidos

biliares que dissolvem gordura, além de estar presente na membrana de todas as células do organismo.

6. Armazenamento de vitaminas e minerais

O fígado armazena as vitaminas A, B12, D, E e K, que são absorvidas através da alimentação e as distribui para todo o corpo pela corrente sanguínea. Essas vitaminas são importantes para o crescimento e desenvolvimento do tecido da pele, para melhorar a saúde dos olhos, fortalecer o sistema imunológico, além de favorecer o fortalecimento de ossos e dentes.

Alguns minerais, como o ferro e o cobre, também são armazenados no fígado e são essenciais para diferentes reações químicas do corpo, como produção de energia que mantém a função das células, síntese de proteínas como o colágeno e a elastina (que ajudam a dar firmeza e sustentação da pele, assim como impedem o seu envelhecimento), defesa contra radicais livres e para a formação de proteínas no fígado.

7. Destruição de hemácias ou glóbulos vermelhos

O fígado participa constantemente na destruição de hemácias, também chamadas de glóbulos vermelhos, que vivem em média 120 dias. Quando estas células se encontram velhas ou anormais, o fígado digere as hemácias e libera o ferro presente nessas células na corrente sanguínea para que a medula óssea produza mais glóbulos vermelhos.

8. Regulação da coagulação sanguínea

O fígado participa da regulação da coagulação sanguínea por aumentar a absorção da vitamina K através da produção da biliar, além de armazenar esta vitamina nas suas células, que é essencial para a ativação de plaquetas e do fator VIII que promovem a coagulação do sangue.

9. Transformação de amônia em ureia

O fígado transforma a amônia, proveniente do metabolismo de proteínas da alimentação, e que é tóxica para o corpo, em ureia, permitindo que essa substância seja eliminada através da urina.

10. Metabolismo de medicamentos

O fígado é o principal órgão que metaboliza medicamentos, álcool e drogas de abuso, por produzir enzimas que degradam e inativam essas substâncias, favorecendo sua eliminação através da urina ou das fezes. Essa função do fígado é importante para evitar intoxicação por esses tipos de substâncias, mas também pode ser importante para ativar certos medicamentos que necessitam ser metabolizados pelo fígado para exercer seu efeito.

11. Destruição de microrganismos

O fígado possui células de defesas, chamadas células de Kupffer, capazes de destruir microrganismos como vírus ou bactéria que possam entrar no fígado através do intestino, causando doenças. Além disso, estas células são capazes de resistir a infecções criando fatores imunológicos e removendo bactérias da corrente sanguínea.

Principais doenças do fígado

Embora seja um órgão resistente, existem vários problemas que podem afetar o fígado. Muitas vezes, a pessoa pode nem apresentar sintomas, acabando por descobrir a alteração em exames de rotina que avaliam as enzimas hepáticas como ALT, AST, GGT, fosfatase alcalina e bilirrubina, ou através de exames de imagem como tomografia ou ultrassonografia, por exemplo.

As principais doenças que podem afetar o fígado incluem:

1. Fígado gordo

O fígado gordo, conhecido cientificamente como esteatose hepática, acontece quando existe acumulação de gordura no fígado, normalmente causado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, má alimentação ou por doenças como obesidade, diabetes e colesterol elevado. Inicialmente, o fígado gordo não apresenta sintomas, mas nos estágios mais avançados pode provocar o aparecimento de sintomas como dor no abdômen, perda de peso, cansaço e mal-estar geral, com enjoos e vômitos, ascite, encefalopatia (confusão mental), hemorragias devido as plaquetas baixas e a alteração da coagulação, o aparecimento de aranhas vasculares, icterícia e queda de cabelo. O tratamento inclui alterações na dieta, mudanças nos hábitos de vida e/ou tratamento doença que possa ter causado a acumulação de gordura no fígado.

2. Hepatite

A hepatite é uma inflamação no fígado que pode acontecer como resultado de uma infecção provocada pelos vírus da hepatite A, B, C, D ou E, mas que também é comum em

peessoas que fazem uso abusivo de bebidas alcoólicas, medicamentos ou drogas. Além disso, algumas doenças autoimunes e a obesidade também podem aumentar o risco de hepatite. Os sintomas mais comuns são pele ou olhos amarelados e o tratamento depende do que causou essa inflamação.

3. Cirrose

A cirrose ocorre quando toxinas, álcool, gordura no fígado ou hepatite causam destruição permanente das células hepáticas, fazendo com que estas células sejam substituídas por tecido fibroso, como se fosse uma cicatriz, dificultando o trabalho deste órgão, o que pode levar à insuficiência hepática. Esta doença, pode não apresentar sintomas quando está no início, mas nos casos mais avançados pode causar dor no abdómen, urina escura ou fezes esbranquiçadas e ascite.

4. Insuficiência hepática

A insuficiência hepática é a doença mais grave do fígado, surge quando este deixa de realizar as suas funções podendo levar a uma série de complicações como problemas de coagulação, edema cerebral, infecção pulmonar ou insuficiência renal. Esta doença normalmente surge após muitos anos de lesões repetidas no fígado, causadas pelo uso de medicamentos, hepatite, cirrose, fígado gordo, cancro ou doenças autoimunes e seu tratamento é quase sempre feito com transplante de fígado.

5. Cancro

O cancro do fígado é um tipo de tumor maligno que quando está numa fase inicial pode não apresentar sintomas, mas à medida que a doença avança, podem surgir sintomas como dor no abdómen, perda de peso, inchaço na barriga ou pele e olhos amarelados, por exemplo.

Apêndice XI - Avaliação da sessão psicoeducativa
Fígado

Cliente 3

Nome: _____

Idade: _____ Profissão: _____ Data: ____/____/____

Indique três ou mais funções que o Fígado desempenhe no corpo humano.

DIGESTÃO DE GORDURAS

ARMAZENAMENTO E LIBERTAÇÃO DE GLICOSE

PRODUÇÃO DE COLESTROL

ARMAZENAMENTO DE VITAMINAS E MINERAIS
PRODUÇÃO DE PROTEINAS

Enumere duas doenças do Fígado.

FÍGADO GORDO

HEPATITE

CIRROSE

CÂNCER

Apêndice XII - Fundamentação teórica da sessão
psicoeducativa Adesão Terapêutica

1. ADESÃO TERAPÊUTICA

Segundo o ICN (International Council of Nurses, 2017), “a adesão consiste numa ação autoiniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento.”

A expressão adesão terapêutica significa uma evolução de paradigma, o cliente deixou de ser encarado como depositário de regimes e instruções a cumprir, para passar a ser encarado como um recurso terapêutico essencial, cuja percepção motivacional deverá ser tida em consideração (ASA E ASCPF, 2011). Sem dúvida, que deve ser empreendido um esforço relativamente ao estabelecimento de uma relação entre o cliente e o profissional de saúde. Tomadas de decisão em conjunto relativamente à escolha dos tratamentos, são justificadas por razões de ética e eficácia (Cribb, 2011). Portanto é pertinente uma abordagem centrada na pessoa que considere os clientes como uma mais valia no seu processo terapêutico.

O comportamento de não-adesão deve ser compreendido, como reação das pessoas à falta de concordância entre o seu ponto de vista e o do profissional de saúde em relação ao seu tratamento (Klein e Gonçalves, 2005, cit. por Cabral, 2010). Fruto da muita investigação na exploração deste tema, foram reconhecidos mais de duzentos aspetos suscetíveis de influenciar a adesão. Segundo Clifforda, Barbera e Horne (2008), estes podem ser designados por intencionais ou não intencionais. A não adesão intencional ou premeditada está relacionada com a motivação e com as crenças pessoais. Por outro lado, a não adesão não intencional ou involuntária, está associada à incapacidade de cumprir a terapêutica. Neste sentido, a incrementação e verificação da adesão terapêutica são vantajosos para os sistemas de saúde, consequentemente os procedimentos planeados para promover a adesão terapêutica representam um contributo relevante para a promoção da saúde da população (Bugalho e Carneiro, 2004). O grau de adesão terapêutica está condicionado por vários fatores interligados entre si e que interferem com o cliente, contribuindo para uma menor adesão aos conselhos sobre o tratamento da sua doença.

Na realidade, o problema da não adesão terapêutica nas doenças crónicas, em que 50% da população residente nos países desenvolvidos não respeita a prescrição médica até ao fim, representa uma dimensão global, não obstante a doença, o tratamento ou prognóstico (OMS, 2003). Neste sentido, existem pelo menos cinco fatores que influenciam a adesão terapêutica: fatores demográficos, sociais e económicos; fatores relacionados com os serviços de saúde e profissionais de saúde (particularmente a relação médico doente e o preço dos medicamentos); fatores relacionados com o tratamento (a perceção do esquema terapêutico, dos efeitos posteriores e falta de resultados imediatos); fatores relacionados com a doença (severidade, repercussão do tratamento, assim como outros diagnósticos associados); fatores relacionados com o utente (dos quais realço a literacia em saúde, os lapsos mnésicos e a apreensão de possíveis efeitos secundários), (OMS, 2003).

As doenças crónicas em geral provocam uma enorme diminuição da qualidade de vida, a maioria destas doenças são tratáveis mas não têm cura. Por outro lado, o aparecimento de novos casos pode ser afetado pelo comportamento dos indivíduos e, tendo em conta que os comportamentos podem ser alterados, as doenças podem ser controladas. Analisando as principais causas de morte nos países desenvolvidos, observou-se que as doenças prevalentes são o cancro do pulmão, a doença coronária e a cirrose hepática, que são provocados por comportamentos. As doenças cardiovasculares são a primeira causa de morte no mundo (17,3 milhões de pessoas por ano), seguidas do cancro (7,6 milhões), das doenças respiratórias (4,2 milhões) e da diabetes (1,3 milhões). Estas doenças contribuem para 80% de todas as mortes e partilham quatro fatores de risco comportamental: tabagismo, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e dietas desequilibradas (OMS, 2013). Na medida em que os comportamentos são alteráveis, admite-se a relevância de diminuir fatores de risco como o tabaco e o consumo excessivo de álcool, de incentivar uma alimentação equilibrada e de fomentar o exercício físico regular e reforçar o conhecimento e educação para a saúde na diminuição de muitas doenças crónicas (George, 2012).

Os comportamentos aditivos caracterizam-se como uma patologia crónica que se manifesta por uma série de fenómenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos proveniente do uso de substâncias psicoativas, tais como a ansiedade, stress e a dificuldade em adotar estratégias de coping que dificultam a adesão terapêutica, face à exposição a situações de risco. Independentemente da importância da adesão terapêutica

no processo de reabilitação, a literatura é consensual no que respeita ao reduzido índice de adesão pelos adictos, sendo que muitos iniciam o tratamento mas poucos o mantêm (Ferreira et al., 2015). A continuidade do tratamento apresenta-se como um caminho difícil de percorrer, à medida que os utilizadores de substâncias se vão deparando com dificuldades como o lapso e a recaída, poucos se conseguem manter abstinentes e aderir ao tratamento (Ferreira et al., 2015).

Este cenário também se comprova a nível internacional, sendo que entre 20 e 70% dos utilizadores de substâncias psicoativas que iniciam o tratamento não o concluem. Um estudo realizado em Espanha, numa instituição de reabilitação de comportamentos aditivos, com 57 utentes, verificou-se que 52,9% abandonaram o tratamento até aos seis meses de duração (Ferreira et al., 2015). Corrao e colaboradores (citados por Ribeiro e colaboradores, 2008) responsáveis pelo projeto ASSALT (lessons from the italian assessment of alcoholism treatment) detetaram um alto risco de abandono por parte dos clientes que não foram capazes de manter a abstinência, não um lapso, mas recaídas recorrentes (Ribeiro et al., 2008). A não adesão terapêutica é um problema de saúde do indivíduo, sendo que a motivação é o principal fator de adesão ao tratamento. O uso de medicação também é um fator que influencia na adesão do mesmo já que alguns clientes têm a ilusão que só usando medicamentos se conseguem reabilitar. Contudo o tratamento medicamentoso é apenas um dos recursos terapêuticos que devem ser complementados com estratégias de coping para alcançar mudanças comportamentais efetivas (Ferreira et al., 2015). Connors e colaboradores, (2002) citados por Ribeiro et al., (2008) referem que as baixas taxas de adesão, são problemas extensivos ao alcoolismo.

1.2 BENEFÍCIOS DA ADESÃO TERAPÊUTICA

De entre todas as intervenções terapêuticas na abordagem multidisciplinar com vista ao tratamento da perturbação por uso de álcool, a adesão terapêutica é uma estratégia importante para a recuperação da pessoa com esta perturbação, porque com a adesão por parte da pessoa doente a todo o processo terapêutico, esta fica mais habilitada a fazer face aos fatores de vulnerabilidade que podem levar à recaída. Para Ferreira-Borges e Filho (2004) “o ato de beber após a decisão de manter a abstinência é o ato de recair”. Outros autores definem a recaída como “voltar a cair num estado anterior, ou voltar a uma fase ativa de uma doença depois de uma recuperação parcial”. Henriques (2004) refere que

dois terços da população que interrompe consumos de álcool recaem nos três primeiros meses após o tratamento. Estes valores sobem para 70% até aos seis meses. Ainda para Ferreira-Borges e Filho (2004) existem 3 grandes categorias de risco que podem levar os doentes com dependência alcoólica a recair:

- Os estados emocionais negativos (35%) que inclui a ansiedade, depressão, a raiva, frustração;
- Situações de conflito interpessoais (16%) desde discussões conjugais ou familiares, conflitos laborais, discussões com amigos ou situações de confronto com a autoridade;
- Pressão social para consumir (20%) quer de forma direta como por exemplo oferta ou persuasão para consumir, quer indireta como estar em lugares onde outras pessoas estão a consumir.

As recaídas podem acarretar custos adicionais ao nosso sistema de saúde e jurídico, pelos problemas ligados a reinternamentos em enfermarias de psiquiatria ou de alcoologia, ou medidas de segurança muitas vezes ligados a atos ilícitos praticados quando há uma descompensação. Aqui se reflete a importância de intervenções para o doente compreender que a adesão a regimes terapêuticos e a redução de comportamentos de risco, são essenciais à sua vida futura.

A adesão terapêutica aos programas terapêuticos de abstinência ao consumo alcoólico, é uma estratégia importante para a recuperação da pessoa portadora desta patologia, consequentemente permite prevenir recaídas.

Dias et al. (2011) refere que há adesão quando são seguidas pelo menos 80% das prescrições no seu total. Refere ainda que o termo “adesão” sugere uma diminuição do poder do clínico na decisão do tratamento, havendo uma melhor relação profissional de saúde/doente, através de uma verdadeira “aliança terapêutica”, pela cooperação do último na escolha do seu tratamento. Nesta aliança são reconhecidas não apenas a responsabilidade específica de cada um no processo, mas também de todos os que estão envolvidos no tratamento. A não adesão terapêutica pode ser classificada em não intencional, quando o doente não compreende a informação prestada pelo profissional de saúde, quando se esquece ou sente dificuldade em gerir a medicação, muitas vezes resultado de má comunicação entre o doente e o profissional. Ou a não adesão terapêutica pode ser classificada em intencional, quando o doente não cumpre o tratamento, apesar de o conhecer (OMS, 2003). O estabelecimento de uma aliança terapêutica entre o profissional de saúde e o doente promove a adesão terapêutica, que por sua vez permite

prevenir recaídas. Neste sentido, o procurar apoio emocional personalizado, que deve ser prestado por equipas multidisciplinares especializadas em conjunto com a adesão terapêutica são sem dúvida uma estratégia válida para se manter a abstinência. Assim como, o envolvimento da família e a adoção de estratégias de coping para enfrentar situações de risco quando estas surgirem para evitar a recaída.

2. OBJETIVOS

Este trabalho tem como objetivo geral, proporcionar conhecimentos sobre a importância da adesão terapêutica na doença aditiva, na manutenção da abstinência nos clientes com problemas de adição admitidos na Unidade de Desabilitação das Taipas. Tem como objetivos específicos:

1. Capacitar os clientes para a interiorização dos conhecimentos sobre a importância da adesão terapêutica na manutenção da abstinência;
2. Promover a identificação de situações de risco vividas pelos clientes e estruturar estratégias de coping que evitem essas situações de risco.
3. Fomentar a literacia em saúde.
4. Dinamizar a sessão psicoeducativa adaptada aos clientes, obter informações relativamente ao impacto da sessão.

2.1. POPULAÇÃO-ALVO

A realização da sessão, será proposta à chefia do serviço de Enfermagem da Unidade de Desabilitação do Centro das Taipas, onde estes clientes se encontram internados. Após a aprovação, será divulgada a mesma no serviço em questão, através de convite individual aos possíveis participantes, para participarem voluntariamente. Será também comunicado a data, local e hora da realização da sessão assim como, o objetivo geral da mesma.

Os critérios de inclusão serão clientes internados na UD das Taipas que aceitem participar voluntariamente, os critérios de exclusão serão a desorientação temporoespacial, agitação psicomotora e a sonolência.

Tendo em consideração a situação atual de Pandemia por covid-19, esta sessão será desenvolvida de acordo com as regras e normas de higiene e segurança preconizadas pela Direção Geral da Saúde (DGS).

2.2 PLANIFICAÇÃO DA INTERVENÇÃO

Iniciarei a sessão clarificando os seus objetivos, fazendo uma contextualização do tema e descrevendo o que significa a adesão terapêutica.

O esquema da sessão, será apresentado em Powerpoint, assim como toda a sessão. Por outro lado, tendo em conta que a sessão se baseia na dinamização de uma intervenção psicoeducativa procurarei que os clientes participem ativamente na sessão de forma a interiorizarem mais facilmente os conteúdos.

No fim da sessão os participantes serão convidados a expressar a sua perceção acerca da forma como a sessão ocorreu e sendo partilhada uma folha de avaliação da sessão.

3. INDICADORES DE RESULTADO

Como indicadores de resultado serão distribuídas as folhas de avaliação no final da sessão com algumas questões, para avaliar a interiorização dos conhecimentos transmitidos. Os resultados serão avaliados posteriormente à sessão. Assim como, distribuirei a MAT (escala de avaliação das medidas de adesão ao tratamento), antes e após a sessão psicoeducativa.

4. AVALIAÇÃO

Com o propósito de efetuar a avaliação desta intervenção psicoeducativa, como descrito na metodologia de projeto, deverá ser efetuada pelo grupo-alvo. Deste modo, elaborei um instrumento de avaliação da sessão formada por 4 questões, as quais passo a descrever:

- ✓ O que é a adesão terapêutica?
- ✓ Enumere um benefício da adesão terapêutica.
- ✓ Acha que a sessão de esclarecimento foi proveitosa para si? Porquê?

- ✓ Considera que, tendo em conta o distanciamento social necessário, devido ao contexto atual de pandemia por covid-19 e das limitações do espaço, que foi criado um meio envolvente apropriado à intervenção realizada?

No fim da sessão psicoeducativa, distribuirei aos intervenientes uma folha, que contém as perguntas anteriormente referidas, sendo pedido o seu preenchimento e devolução ao dinamizador garantindo o anonimato e confidencialidade. Para finalizar, farei uma análise sobre a sessão, tendo em consideração os objetivos previamente delineados.

5. CONCLUSÃO

O enfrentar da pandemia da COVID-19 tem imposto, nesta conjuntura, a execução de ações de Saúde Pública não farmacológicas, particularmente aquelas que visam ao distanciamento físico e o uso de máscaras. Distintos estratagemas foram assumidos nos países atingidos, desde o isolamento de casos e contatos até ao confinamento geral, incluindo a transformação de serviços de medicina e cirurgia geral (e de outras especialidades) em serviços de internamento “COVID”, bem como a suspensão de serviços de saúde considerados não essenciais, como é o caso das consultas externas, hospitais de dia, etc.

Esta situação pandémica quer se queira quer não acaba por dificultar a vida dos clientes no que diz respeito á adesão terapêutica, apesar de que com o evoluir dos meios tecnológicos se consiga minimizar de algum modo o impacto da suspensão destes serviços, mas como seria de calcular nada substitui o contato direto com o profissional de saúde. Também o fecho de escolas afeta a vida dos profissionais de saúde (que não tem a quem deixar os seus filhos), obrigando á suspensão de serviços pelo simples fato de terem de prestar apoio á família, conduzindo a um absentismo forçado.

Examinando a conjuntura presente que vivemos provocada pela pandemia de covid 19, esta refletir-se-á, aparentemente, de modo perigoso a nível socioeconómico, e ao nível da saúde física e mental. Na realidade ainda é uma incógnita, qual a preponderância que a pandemia irá desempenhar na saúde mental dos portugueses, apesar disso, compreende-se que o receio, a perturbação e a angústia sobre o pouco conhecido recaiu especialmente naqueles indivíduos mais vulneráveis a nível mental.

Ainda não existem estudos que avaliem a adesão terapêutica neste contexto pandémico. Consequentemente, em relação a esta situação que atravessamos, é conveniente que os enfermeiros da área de saúde mental, utilizem os seus recursos pessoais com o propósito de aperfeiçoar as suas competências e capacidades junto dos cidadãos.

Deste modo, é pertinente que o enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiatria organize, elabore e ponha em prática programas de psicoeducação e formação em saúde mental. Da mesma forma, levar a cabo processos psicoterapêuticos e sócio terapêuticos para restabelecer a saúde mental do cliente e antecipar a incapacidade, aplicando os métodos que melhor se adequam ao cliente e à situação. Promover a reabilitação psicossocial do cliente, com o intenção de alcançar a sua máxima independência e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do desenvolvimento das aptidões individuais, designadamente a integração de alterações ambientais de maneira a que possa prestar cuidados ao outro com um alto nível de exigência.

6. BIBLIOGRAFIA

ASA & ASCPF. (2011). Adult Meducation: Improving Medication Adherence in Older Adults. Obtido de www.adultmeducation.com
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/17192/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Narcisa.pdf>

Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência - Faculdade de Medicina de Lisboa. Consultado a 26/09/2020. Disponível em <https://cembe.org/avc/docs/NOC%20deAdes%C3%A3o%20a%20Patologias%20Cr%C3%B3nicas%20CEMBE%202004.pdf>

Cabral, M. V., & Silva, P. A. da. (2010). A adesão à terapêutica em Portugal: atitudes e comportamentos da população portuguesa perante as prescrições médicas. Lisboa. <https://www.apifarma.pt/publicacoes/siteestudos/Documents/Conclus%C3%B5es%20Ades%C3%A3o%20a%20Terap%C3%Aautica%20PT.pdf>

Clifforda, S., Barbera, N., & Horne, R. (2008). Understanding different beliefs held by adherers, unintentional nonadherers, and intentional nonadherers: Application of the

Necessity– Concerns Framework. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 41– 46.
https://www.academia.edu/28125727/Understanding_different_beliefs_held_by_adherers_unintentional_nonadherers_and_intentional_nonadherers_Application_of_the_Necessity_Concerns_Framework

Cribb, A. (2011). *Involvement , Shared and Medicines*. Centre for Public Policy Research King's College London. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1369-7625.2011.00694.x2753.2011.01725.x>

Ferreira, A.; Borba, L.; Capristano, F.; Czarnobay, J. e Maftum, M (2015). *Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde*. Consultado a 16/10/2020. Disponível em

DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150032>

Ferreira-Borges C., Filho H.C. (2004) *Usos, Abusos e Dependências: Alcoolismo e Toxicodependência*. Manual 2. Lisboa. Climepsi Editores. ISBN: 972- 796-150-9.
George, F. (2012). Causas de Morte em Portugal e Desafios na Prevenção. *Acta Médica Portuguesa*, 25(2), 61–63. <https://core.ac.uk/download/pdf/62699463.pdf>

International Council of Nurses, (2017). *International Classification for Nursing Practice 2017 version*, Genebra: International Council of Nurses. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-download/icnp-download>

Organização Mundial de Saúde (2003). *Evidence for long term therapies: evidence for action*. Consultado a 09/10/2020. Disponível em <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf>

OMS (2013). Relatório Mundial da Saúde FINANCIAMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE. O caminho para a cobertura universal.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y

World Health Organization. (2013b). Noncommunicable Diseases- Key Facts. Retrieved April 06, 2014, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40, 201–219.

**Apêndice XIII - Plano de sessão psicoeducativa Adesão
terapêutica**

PLANO DE SESSÃO “ADESÃO TERAPÊUTICA”

FASE/MOMENTO	OBJETIVO	DESCRIÇÃO	RECURSOS	TEMPO
INTRODUÇÃO	-Apresentação pessoal - Apresentação do Tema da sessão e os objetivos	Objetivo Geral: - Proporcionar conhecimentos sobre a importância da adesão terapêutica na doença aditiva aos clientes internados no Centro das Taipas. Objetivos Específicos: - Capacitar os clientes para a interiorização dos conhecimentos sobre a importância da adesão terapêutica na manutenção da abstinência; - Promover a identificação de situações de risco vividas pelos clientes e estruturar estratégias de coping que evitem essas situações de risco. -Fomentar a literacia em saúde. - Dinamizar a sessão psicoeducativa adaptada aos clientes, obter informações relativamente ao impacto da sessão.	Dinamizador e Computador	5´

DESENVOLVIMENTO	- Promover o adquirir dos conhecimentos abordados na sessão - Encorajar a participação na avaliação da sessão	- Adesão Terapêutica - Adesão á terapêutica - Não adesão terapêutica - Benefícios da adesão terapêutica na doença aditiva	Dinamizador e Computador Elementos do Grupo Dinamizador e Computador Elementos do grupo	30´
CONCLUSÃO	- Avaliar os resultados da sessão	- Esclarecimentos e sugestões - Preenchimento das fichas avaliativas - Agradecimento da participação e colaboração do grupo	- Elementos do grupo. Papel e canetas	5´´

Apêndice XIV – Avaliação da sessão psicoeducativa
Adesão Terapêutica (internamento)

Christe 1

AVALIAÇÃO DA SESSÃO “ADESÃO TERAPÊUTICA”

Para responder corretamente às questões faça um círculo em redor da resposta que acha estar certa.

O que é a adesão terapêutica?

- a) Tomar comprimidos;
- ☒ b) Seguir as orientações sem desvios. Cumprir o regime de tratamento; tomar os medicamentos como prescrito; mudar o comportamento para melhor, obedecer às instruções relativas ao tratamento;
- c) Faltar às consultas médicas, de enfermagem, de psicologia. Tomar a medicação quando lhe dá jeito.

Enumere um benefício da adesão terapêutica na doença aditiva.

- a) Sentir sintomas como náuseas, vômitos, tremores e ansiedade.
- b) Correr o risco de recaída e de regressar aos consumos.
- ☒ c) Ter acesso a apoio especializado e assim evitar os sinais e sintomas de abstinência (náuseas, vômitos, tremores e ansiedade).

Enumere dois comportamentos a adotar em situações de risco.

- a) Conviver com os “companheiros de copos” diariamente e frequentar os locais habituais de consumo.
- ☒ b) Evitar os locais de consumo habitual e pedir apoio especializado em situações de risco.

Acha que a sessão de esclarecimento foi proveitosa para si? Se sim, diga porquê?

R: Sim, porque além de dar a conhecer a saúde, também deu a conhecer o ambiente familiar, e quero passar de seg.

Considera que, tendo em conta o distanciamento social necessário, devido ao contexto atual de pandemia por covid-19 e das limitações do espaço, que foi criado um meio envolvente apropriado à intervenção realizada?

R: Sim, concordo plenamente com todas as medidas de saúde e segurança, realizadas neste Centro das TriPas, e também agradeço a todos Doutores, Enfermeiros, Auxiliares e Colaboradores, o bom serviço e desempenho que me prestaram.

Apêndice XV – Tabela de respostas antes e após a sessão psicoeducativa Conhecimentos Úteis sobre o Álcool

Tabela de respostas antes da sessão da CUA

Afirmações do QCaA		Corretas		Incorretas	
		Nº	%	Nº	%
1	O álcool das bebidas alcoólicas é “álcool etílico” como o álcool (...)	0	0%	3	100%
2	O consumo de álcool pode causar dependência.	0	0%	3	100%
3	O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool (...)	2	66.6%	1	33.33%
4	O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem (...)	2	66.6%	3	33.33%
5	Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.	3	100%	0	0%
6	O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.	1	33.33%	2	66.66%
7	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um (...)	3	100%	0	0%
8	As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.	3	100%	0	0%
9	As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque (...)	1	33.33%	2	66.66%
10	O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de (...)	3	100%	0	0%
11	O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.	0	0%	3	100%
12	O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso (...)	3	100%	0	0%
13	Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.	3	100%	0	0%
14	Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma (...)	3	100%	0	0%
15	Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas (...)	0	0%	3	100%
16	O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade (...)	1	33.33%	2	66.66%
17	O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.	3	100%	0	0%
18	A idade não tem influência na capacidade do fígado “queimar” o álcool.	0	0%	3	100%
19	É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.	3	100%	0	0%
20	Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.	2	66.66%	1	33.33%
21	As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool (...)	3	100%	0	0%
22	O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.	3	100%	0	0%
23	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira (...)	1	33.33%	2	66.66%
24	A cerveja é boa para “matar” a sede.	0	0%	3	100%
25	O álcool das bebidas alcoólicas é “queimado” no fígado.	3	100%	0	0%
26	Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.	1	33.33%	2	66.66%
27	O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.	3	100%	0	0%
28	O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre (...)	1	100%	2	66.66%
29	Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.	2	66.66%	1	33.33%
30	O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool.	3	100%	0	0%
31	As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam (...)	2	66.66%	1	33.33%
32	No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.	3	100%	0	0%
33	Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade (...)	3	100%	0	0%
34	As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.	0	0%	3	100%
35	O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações (...)	3	100%	0	0%
36	O fígado está preparado para “queimar” qualquer quantidade de álcool.	3	100%	0	0%
37	Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.	2	66.66%	1	33.33%
38	O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente (...)	3	100%	0	0%
39	Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas (...)	1	33.33%	2	66.66%
40	O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, (...)	3	100%	0	0%

Tabela de respostas após a sessão da Cua

Afirmações do QCaA		Corretas		Incorretas	
		Nº	%	Nº	%
1	O álcool das bebidas alcoólicas é “álcool etílico” como o álcool (...)	0	0%	3	100%
2	O consumo de álcool pode causar dependência.	3	100%	3	0%
3	O teor alcoólico de uma bebida é a quantidade de álcool (...)	1	33.33%	1	66.66%
4	O consumo de álcool só é prejudicial se as pessoas beberem (...)	2	66.66%	3	33.33%
5	Nem todas as bebidas alcoólicas contêm álcool.	2	66.66%	0	33.33%
6	O álcool faz com que as pessoas fiquem com mais força para trabalhar.	3	100%	0	0%
7	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber um (...)	3	100%	0	0%
8	As pessoas que bebem muito durante toda a vida acabam por ficar doentes.	3	100%	0	0%
9	As bebidas alcoólicas quando bebidas às refeições não fazem mal porque (...)	3	100%	0	0%
10	O consumo de álcool nas crianças e nos jovens provoca problemas de (...)	3	100%	0	0%
11	O álcool das bebidas alcoólicas é digerido no estômago junto com os alimentos.	2	66.66%	1	33.33%
12	O álcool quando passa para o sangue tem preferência pelas partes do nosso (...)	2	66.66%	0	33.33%
13	Beber grandes quantidades de álcool pode ser mortal.	3	100%	0	0%
14	Duas pessoas com o mesmo peso e a mesma altura reagem da mesma (...)	2	66.66%	1	33.33%
15	Quando se mistura água ou refrigerantes com bebidas alcoólicas (...)	2	66.66%	1	33.33%
16	O efeito que o álcool provoca na pessoa depende apenas da quantidade (...)	0	0%	3	100%
17	O alcoolismo provoca muitos problemas à pessoa e à sua família.	2	66.66%	1	33.33%
18	A idade não tem influência na capacidade do fígado “queimar” o álcool.	0	0%	3	100%
19	É perigoso conduzir depois de beber bebidas alcoólicas em grandes quantidades.	3	100%	0	0%
20	Dois ou três copos, de uma bebida alcoólica qualquer, não provocam alterações.	3	100%	0	0%
21	As mulheres grávidas não podem beber bebidas alcoólicas porque o álcool (...)	2	66.66%	0	33.33%
22	O álcool não é uma substância que cause dependência como as drogas.	1	33.33%	2	66.66%
23	Beber com moderação, significa um adulto saudável beber de maneira (...)	3	100%	0	0%
24	A cerveja é boa para “matar” a sede.	3	100%	0	0%
25	O álcool das bebidas alcoólicas é “queimado” no fígado.	3	100%	0	0%
26	Os efeitos que o álcool provoca dependem da idade da pessoa.	1	33.33%	2	66.66%
27	O álcool quando passa para o sangue vai rapidamente para o nosso cérebro.	3	100%	0	0%
28	O álcool estimula as pessoas e faz com que estas se sintam sempre (...)	1	66.66%	2	33.33%
29	Qualquer criança ou jovem pode comprar e beber bebidas alcoólicas.	3	100%	0	0%
30	O alcoolismo é uma doença porque as pessoas estão dependentes do álcool.	2	66.66%	1	33.33%
31	As mulheres que estão a amamentar podem beber álcool desde que bebam (...)	2	66.66%	1	33.33%
32	No nosso país há poucas pessoas que bebam muito.	2	66.66%	1	33.33%
33	Quanto mais cedo se começa a beber, maior é a probabilidade (...)	3	100%	0	0%
34	As pessoas quando bebem álcool ficam mais quentes porque o álcool aquece.	2	66.66%	1	33.33%
35	O álcool mesmo em pequenas quantidades pode provocar alterações (...)	3	100%	0	0%
36	O fígado está preparado para “queimar” qualquer quantidade de álcool.	3	100%	0	0%
37	Os efeitos do álcool variam consoante se é do sexo masculino ou feminino.	2	66.66%	1	33.33%
38	O álcool das bebidas alcoólicas depois de ingerido passa rapidamente (...)	3	100%	0	0%
39	Pode-se beber a mesma quantidade de álcool bebendo bebidas alcoólicas (...)	0	0%	3	100%
40	O álcool é a causa de 4 em cada 10 mortes de acidentes de viação, (...)	3	100%	0	0%