



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

**Intervenções psicoeducativas na promoção da
mudança da pessoa com dependência de álcool**

Ana Isabel Carneiro Gonçalves

**Lisboa
2022**

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

**Intervenções psicoeducativas na promoção da
mudança da pessoa com dependência de álcool**

Ana Isabel Carneiro Gonçalves



Orientador: Professor Doutor Luís de Oliveira Nabais



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

(...) Quando efetivamente ouço uma pessoa e os significados que lhe são importantes naquele momento, ouvindo não só as suas palavras, mas a ela mesma, e quando lhe demonstro que ouvi os seus significados pessoais e íntimos, muitas coisas acontecem (...) Quer falar mais sobre o seu mundo. Sente-se impelida em direção a um novo sentido de liberdade. Torna-se mais aberta ao processo de mudança (...)

Rogers

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Luís Nabais pela orientação, disponibilidade e serenidade, fundamentais para percorrer este caminho, também ele de mudança.

Os enfermeiros orientadores nos locais de estágio pelos ensinamentos, as partilhas e os momentos de reflexão.

À Dra. Patrícia Nave, que acreditou que era possível e por permitir que este percurso fosse realizado com tranquilidade. À minha equipa do Departamento de Saúde Mental, pelo apoio incondicional, pelas partilhas e pelo incentivo.

À Elisabete, companheira desta caminhada, pelas palavras sábias e confortantes partilhas.

Às minhas amigas, Carla, Isabel e Sandra, pelas gargalhadas nos momentos mais difíceis, pela presença e ânimo constantes.

Aos meus, à minha família...Mariana pelo amor. Pedro, pelo apoio e paciência nos momentos menos bons e pela tolerância às minhas ausências. Aos meus, fisicamente mais distantes, mas como sempre, em todos as caminhadas da minha vida, incondicionalmente presentes.

Aos meus pais, por tudo!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - American Psychiatric Association

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

CRI – Centro de Respostas Integradas

CT – Comunidade Terapêutica

DGS – Direção Geral de Saúde

DICAD – Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

EESMP – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica

EM – Entrevista Motivacional

ETET – Equipa Técnica Especializada de Tratamento

INE – Instituto Nacional de Estatística

MTM – Modelo Transteórico de Mudança

OE – Ordem dos Enfermeiros

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

WHO - World Health Organization

RESUMO

O consumo de álcool é considerado um problema de saúde pública a nível mundial, sendo altos os custos e os encargos sociais daí decorrentes. Em Portugal apesar da relativa estabilidade de consumos recentes e atuais, relativamente a 2014, verifica-se atualmente um agravamento dos consumos de risco e dependência. A psicoeducação é reconhecida como uma estratégia eficaz, utilizada frequentemente nas intervenções de enfermagem. Na pessoa com dependência de álcool, a utilização de intervenções psicoeducativas, permite aumentar a ambivalência em relação ao consumo do álcool e a motivação intrínseca para a mudança de comportamento. A utilização da Entrevista Motivacional, considerado um estilo de comunicação centrada na pessoa, contribui para ajudar a pessoa a ultrapassar a ambivalência face à mudança, consolidando o compromisso deste processo. O presente trabalho constitui uma análise crítica-reflexiva, acerca das intervenções especializadas de saúde mental e psiquiátrica, desenvolvidas em contexto de estágio, que tiveram como objetivo principal a promoção da mudança da pessoa com dependência de álcool, tendo sido utilizada a psicoeducação como estratégia privilegiada de intervenção. Os estágios decorreram em duas unidades de cuidados de saúde mental, em contexto de internamento, na região de Lisboa e em contexto comunitário, na região de Setúbal. Os participantes foram os utentes destas unidades, do género masculino e feminino, com idades compreendidas entre os vinte cinco e os setenta oito anos. Foram implementadas intervenções em modalidade de grupo e individual. Os resultados obtidos evidenciam ganhos em saúde, nomeadamente no aumento do autocontrolo e autoeficácia, do autoconhecimento, na expressão de emoções e sentimentos, na vivência de experiências positivas e de bem-estar. As intervenções desenvolvidas foram assim facilitadoras no processo de consciencialização da problemática da dependência do álcool e para o aumento da ambivalência, contribuindo para a mudança de comportamento.

Palavras-Chave: Enfermagem de saúde mental; psicoeducação; entrevista motivacional; mediadores expressivos.

ABSTRACT

Alcohol abuse is considered a public health problem worldwide, and the costs and social burdens are high. In Portugal, despite the relative stability of recent and current consumption, compared to 2014, there is currently a worsening of risky abuse and addiction. Psychoeducation is recognized as an effective strategy, frequently used in nursing interventions. In the person with alcohol dependency, the use of psychoeducational interventions allows to increase the ambivalence in relation to the consumption of alcohol and the intrinsic motivation for changing the behaviour. The use of Motivational Interviewing considered a style of communication centred on the person helps to overcome the ambivalence towards the change, consolidating the commitment with this process. The present work constitutes a critical and reflexive analysis of the specialized interventions in mental and psychiatric health, developed in the context of an internship that had as main objective the promotion of the change in people with alcohol dependence and the psychoeducation was used as a privileged strategy of intervention. The internships took place in two units of mental healthcare, in an inpatient context in the region of Lisbon and in a community context in the region of Setúbal. The participants were the patients of these units, male and female, aged between twenty-five and seventy-eight years old. Group and individual interventions were implemented. The results obtained highlight gains in terms of health, namely with the increase of self-control and self-efficacy, self-knowledge, in the expression of emotions and feelings, in the perception of positive experiences and well-being. The interventions developed facilitated the process of awareness of the problem of alcohol abuse and the increase of ambivalence, contributing to the change in the behaviour.

Keyword: Mental health nursing; psychoeducation; motivational interview; expressive arbitrators.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	13
1.1. O álcool e o fenómeno da dependência.....	13
1.2. Motivação e Mudança.....	17
1.2.1. A entrevista motivacional.....	18
1.2.2. O modelo transteórico de mudança.....	19
1.2.3. Intervenções psicoeducativas.....	20
1.3. Teoria das transições de Afaf Meleis.....	22
2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	27
2.1. Finalidade e objetivos do estágio.....	27
2.2. Caracterização do campo de estágio – Comunidade Terapêutica.....	29
2.2.1. Caracterização dos participantes.....	30
2.2.2. Intervenções terapêuticas desenvolvidas.....	31
2.2.2.1. Treino de relaxamento progressivo.....	31
2.2.2.2. Atividade recreativa.....	35
2.2.2.3. Cinematerapia.....	37
2.2.2.4. Sessão com mediador expressivo – Modelagem com argila.....	39
2.3. Caracterização do campo de estágio – Equipa Técnica Especializada de Tratamento.....	44
2.3.1. Procedimentos e instrumentos utilizados.....	45
2.3.2. Plano de intervenção desenvolvido.....	48
2.3.3. Apresentação dos resultados.....	55
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EESMP E DE MESTRE.....	57
4. CONSIDERAÇÕES FINAS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

APÊNDICES:

Apêndice I – Questionário de avaliação inicial

Apêndice II – Questionário de avaliação final

Apêndice III – Gráficos com avaliação Tensão Arterial e Frequência Cardíaca

Apêndice IV – Produções de argila

Apêndice V – Apreciação clínica de enfermagem

Apêndice VI– Ilustração com informação acerca do álcool

Apêndice VII – Balança decisional

ANEXOS:

Anexo I – Diagrama da Teoria das Transições de Afaf Meleis

Anexo II – Plano semanal de atividades terapêuticas

Anexo III – Horário Comunidade Terapêutica

Anexo IV – Fases do programa terapêutico

Anexo V – Guião treino relaxamento progressivo

Anexo VI – Sinopse do filme “Em busca da felicidade”

Anexo VII – Escala SOCRATES 8-D

Anexo VIII – Escala CDS

Anexo IX – Escala AUDIT

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Valores Tensão Arterial e Frequência Cardíaca.....	33
Tabela 2. Identificação sentimentos.....	34
Tabela 3. Guia interpretativo de acordo com o modelo transteórico.....	47
Tabela 4. Caracterização dos utentes.....	48
Tabela 5. Resultados primeira sessão escala SOCRATES 8-D.....	49
Tabela 6. Resultados primeira sessão escala CDS.....	50

INTRODUÇÃO

O presente relatório enquadra-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, e seguindo uma metodologia crítico-reflexiva, pretende relatar as experiências vivenciadas nos dois contextos onde foram realizados os estágios, numa Comunidade Terapêutica (CT) e numa Equipa Técnica Especializada de Tratamento (ETET). Durante os mesmos foram desenvolvidas intervenções de enfermagem especializadas com o objetivo de promover a mudança da pessoa com dependência de álcool.

O álcool é considerado uma droga legalizada e comercializada na sociedade, presente quase sempre em eventos sociais e recreativos (Ferreira-Borges & Filho, 2004). O seu uso está profundamente enraizado em muitas sociedades, e cerca de 2 milhões de pessoas ingerem bebidas alcoólicas na maior parte do mundo. Os custos com a saúde pública e os encargos sociais decorrentes do consumo de álcool continuam a ser altos. Em 2016, o uso de álcool resultou em cerca de 3 milhões de mortes (5,3% de todas as mortes) em todo o mundo, a mortalidade por consumo de álcool é maior que do que por doenças como a tuberculose e a infeção provocada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (World Health Organization [WHO], 2021).

Em Portugal, segundo o Inquérito Nacional de Saúde (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2020), 69% da população com 15 ou mais anos (82% dos homens e 58% das mulheres) declarou ter ingerido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez nos últimos 12 meses, 22% afirmou nunca ter ingerido álcool na vida e 8% mencionou já ter bebido, mas não nos últimos 12 meses. Mais de metade dos residentes em Portugal tinha consumido diariamente (21%) ou regularmente (37%) bebidas alcoólicas nos últimos 12 meses. O consumo diário era mais frequente nos homens do que nas mulheres e mais frequente entre os 55-74 anos.

Quanto ao consumo de risco, 30% da população (43% dos consumidores) referiu ter tomado, pelo menos uma vez, 6 ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião ou evento, nos últimos 12 meses. Entre os que tiveram este tipo de consumo, 11% referiu que o fez numa base semanal e 3% todos os dias. Esta prática diária era mais comum nos homens do que nas mulheres e, mais prevalente nos mais jovens, em particular nos 25-34 anos e 35-44 anos. Em termos de evolução, a prevalência de consumo recente de 2019 foi próxima à de 2014, tendo diminuído o consumo diário e aumentado o consumo de risco (INE, 2020).

Relativamente aos mais jovens, a 5.^a edição do Inquérito Anual - Comportamentos Aditivos aos 18 anos, realizado aos jovens participantes no Dia da Defesa Nacional em 2019, refere que apesar da estabilidade das prevalências de consumo face a 2018, é de assinalar a tendência de aumento gradual e contínuo entre 2015 e 2018 do consumo recente e atual, e do consumo *binge*¹ e da embriaguez² (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2020).

A escolha da problemática surgiu da inquietação sentida durante a prática de cuidados, mas também da necessidade de basear a prática clínica especializada em evidência científica. A exercer funções numa instituição militar, os pedidos de ajuda de militares com dependência de álcool continuam a ser uma realidade. Pedidos de ajuda motivados por problemas laborais, problemas familiares e poucas vezes por motivação do próprio. Muitos apresentam anos de consumo, outros, após períodos de abstinência prolongados vêm por recaídas e alguns chegam com diagnósticos de outras doenças do foro mental, em que a dependência do álcool surge associada. Pessoas em que o sofrimento vem associado à culpa e à vergonha, fragilizadas e rotuladas, pessoas que querem “mudar de caminho”, mas não sabem como o fazer.

Definido como objetivo principal “promover a transição para a mudança da pessoa com dependência de álcool”, foi utilizada a metodologia de projeto onde foram planeadas intervenções especializadas, utilizando a psicoeducação como estratégia privilegiada de intervenção.

Nos contextos de estágio foram desenvolvidas intervenções especializadas com o objetivo de promover a mudança da pessoa com dependência de álcool e de acordo com as especificidades dos contextos, as intervenções foram adaptadas às necessidades dos utentes, em modalidade grupal e individual.

Elegeu-se como suporte às intervenções especializadas, a teoria das transições de Afaf Meleis, por parecer adequada ao enquadramento da problemática, perspetivando-se a mudança da pessoa com dependência de álcool para a abstinência, uma transição vital no processo saúde/doença.

¹ Consumo de 4 ou mais copos (se for do sexo feminino) ou 6 ou mais copos (se for do sexo masculino) de uma qualquer bebida alcoólica na mesma ocasião.

² Ficar a cambalear, com dificuldade em falar, vomitar, e/ou não recordar depois o que aconteceu, por exemplo, pelo menos uma vez nos últimos 12 meses.

Este relatório está dividido em quatro capítulos, no primeiro é apresentado o enquadramento conceitual onde assenta a evidência, no qual se consolida o projeto de estágio e o referencial teórico que sustentou as intervenções especializadas, no segundo capítulo o percurso e as opções metodológicas, onde estão descritas as atividades desenvolvidas nos contextos de estágio, a apresentação e discussão dos resultados obtidos, no terceiro capítulo é realizada a análise do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica (EESMP) e de Mestre. No último capítulo são apresentadas as considerações finais.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1. O álcool e o fenómeno da dependência

O álcool ou etanol é uma substância hidrossolúvel, a principal componente das bebidas alcoólicas, que podem ser obtidas por fermentação alcoólica ou por destilação. É rapidamente absorvido pelo sistema digestivo e uma vez na corrente sanguínea, distribui-se por todos os tecidos (Mello, Barrias & Breda, 2001). É um depressor do sistema nervoso central, apesar de numa fase inicial os efeitos serem mais estimulantes como a desinibição e a euforia. Com doses mais elevadas os efeitos depressores surgem com alterações na capacidade de julgamento e reação, efeitos sedativos e hipnóticos, embora a qualidade do sono diminua (Ismail, 2014).

De forma a quantificar o consumo de álcool foi criado o conceito de bebida *standard* ou padrão que consiste numa forma simplificada de calcular a quantidade de álcool consumida diariamente ou semanalmente (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001).

A graduação alcoólica de uma bebida é definida pela percentagem volumétrica de álcool puro nela contido. Embora as bebidas alcoólicas tenham diferentes graduações, elas podem fornecer ao organismo quantidades idênticas de álcool, se ingeridas em volumes diferentes (Mello *et al*, 2001).

A norma 030/2012 da Direção Geral de Saúde (DGS) que foi atualizada em 2014, define bebida padrão como a quantidade de bebida alcoólica que contém 10 g de álcool puro. Quantificar e classificar os consumos, além de permitir adequar as intervenções à pessoa, possibilita que esta tenha consciência dos seus consumos.

A classificação do SICAD (2013) estabelece diferentes níveis, consumo de baixo risco, consumo de risco, consumo nocivo, dependência e dependência grave. O consumo de baixo de risco é um padrão que está dentro dos parâmetros legais e médicos. De acordo com a norma da DGS (2014) a quantidade máxima recomendada no homem entre os 18 e os 64 anos são duas bebidas padrão, ou seja, 20g de álcool puro. Após os 65 anos, a quantidade máxima recomendada é uma bebida padrão. Na mulher a quantidade máxima recomendada em qualquer idade é uma bebida padrão, ou seja, 10 g de álcool puro (Whitlock, Polen, Green, Orleans & Klein, 2004; Anderson, Gual & Colom, 2005; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). O consumo de risco corresponde a um padrão de consumo ocasional ou continuado que aumenta a probabilidade de ocorrência de doenças, acidentes, perturbações mentais ou do comportamento. O consumo nocivo de álcool é um padrão de consumo que causa

danos na saúde física e mental do indivíduo, mas ainda sem critérios de dependência (SICAD, 2013).

O padrão de consumo de dependência verifica-se quando existe:

Um desejo intenso de consumo, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento a outras atividades e obrigações, aumento da tolerância e sintomas de privação, quando o consumo é descontinuado (SICAD, 2013, p. 29).

A dependência grave é caracterizada por um conjunto de sintomas e comportamentos indicativos de que a substância ocupa um foco central na vida da pessoa. Surgem fenómenos de tolerância e abstinência com consequências a nível orgânico (SICAD, 2013).

O desejo intenso de beber, associada a uma incapacidade para pensar noutra coisa é designado por *craving* (American Psychiatric Association [APA], 2014).

A tolerância é definida por uma necessidade de aumento de quantidades maiores de álcool para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado, sendo o efeito cada vez menor com o uso continuado da mesma quantidade de álcool (APA, 2014).

A abstinência apresenta como critérios de diagnóstico, pelo menos dois ou mais sintomas que aparecem no período de algumas horas a dias após a redução ou a cessação do uso de álcool, após um período prolongado de consumo: “sudorese ou frequência cardíaca superior a 100 batimentos por minuto; tremor aumentado nas mãos; insónia; náusea ou vômitos; alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias; agitação psicomotora; ansiedade e convulsões tónico-clónicas generalizadas” (APA, 2014, pp. 499 e 500).

Importa agora referir os critérios de diagnóstico adotados pela APA e pela WHO. O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5) abandonou a distinção entre consumo nocivo e dependência de álcool, fazendo a sua integração numa única entidade, a Perturbação do Uso de Álcool. Define-a como um padrão de consumo prejudicial, que leva a uma debilitação do estado de saúde e sofrimento significativo (APA, 2014).

Já a Classificação Internacional de Doença (ICD-10), faz a distinção entre consumo nocivo, definido como o padrão de consumo que se traduz em consequências para a saúde a nível físico como mental e a dependência alcoólica que é definida como um conjunto de fenómenos psicológicos, comportamentais e cognitivos em que o uso do álcool para um dado indivíduo se torna prioritário em relação a outros comportamentos aos quais anteriormente era atribuída uma maior

relevância. Uma das características centrais da dependência alcoólica é o desejo ou compulsão forte para consumir álcool (WHO, 2010).

A dependência alcoólica não é uma doença estática, que se possa definir em termos absolutos (Gigliotti & Bessa, 2004). Na maioria dos indivíduos, o processo de evolução do consumo social para a dependência, dá-se de forma gradual, normalmente entre três a quinze anos. Nas mulheres, o processo de dependência ocorre mais rapidamente que no homem (Ferreira-Borges & Filho, 2004).

Os fatores que influenciam a decisão de consumir álcool ou que contribuem para os problemas temporários, podem ser diferentes dos que contribuem para o risco de problemas graves e recorrentes de dependência de álcool (Sadock, Sadock & Ruiz, 2017).

Bebe-se por tradição, por costumes, para ser aceite. É a própria sociedade que estimula muitas vezes o consumo do álcool, a ponto de considerar que os abstêmicos se encontram fora do padrão da normalidade (Mariano, Guzmán, Maia, Urgnanni, Dutra, Leonel & Junior, 2000).

As relações familiares podem ser fatores de proteção ou de risco para a dependência do álcool. Entre as características consideradas mais importantes estão a existência ou não de relações de cumplicidade e respeito entre pais e filhos, os princípios e informação da família acerca dos malefícios do álcool e os hábitos de consumo no meio familiar. Os fatores económicos, como o rendimento familiar e local de residência (periferia ou zonas metropolitanas), as condições de emprego e o stress gerado nessa atividade, são também apontados como fatores de risco para o desenvolvimento de dependência do álcool (Souza, Jeronymo & Carvalho, 2005; Zanoti-Jeronymo & Carvalho, 2005).

Alguns autores falam em questões temperamentais, como fatores de risco, nomeadamente, o nível elevado de procura de sensações e de ativação emocional, uma autoestima reduzida, a dificuldade em resolver problemas interpessoais e em recuperar o equilíbrio após um momento de stress, a dificuldade em enfrentar situações complicadas e em manter relações estáveis e satisfatórias (Rahiouni & Reynaud, 2008).

A constituição genética da pessoa é considerada um fator importante no desenvolvimento da dependência do álcool. A partir de estudos realizados com gémeos e crianças que foram adotadas, permitiu diferenciar os fatores genéticos dos fatores ambientais, os primeiros contribuem em cerca de 60% da vulnerabilidade para a dependência do álcool. O risco é significativamente mais elevado nos descendentes

de pais com dependência de álcool, mesmo quando os filhos foram separados dos pais biológicos logo após o nascimento e sem qualquer conhecimento dos problemas da família biológica (Sadock; Sadock & Ruiz, 2017).

Kessler (2009), salienta que o consumo de álcool durante a adolescência, torna os indivíduos mais vulneráveis ao desenvolvimento de dependência de álcool, devido à imaturidade do córtex pré-frontal, especialmente as funções relacionadas ao controlo inibitório. Assim, quanto mais tarde ocorrer o uso de álcool, menor a probabilidade de desenvolver dependência.

O consumo excessivo de álcool leva a ativação direta do designado sistema de recompensa do cérebro, o qual está envolvido no reforço de comportamentos e na produção de memórias. A ativação do sistema de recompensa é intensa, levando a que muitas atividades habituais sejam negligenciadas. As vias de recompensa que deveriam ser ativadas por meio de comportamentos adaptativos, são então ativadas diretamente (Sena & Ferret-Sena, 2004).

O pressuposto de ação das substâncias psicoativas como o álcool é um efeito de reforço positivo, através de estruturas cerebrais que são ativadas (Ismail, 2014).

Este reforço positivo pode ser definido como o processo pelo qual um estímulo (neste caso o consumo do álcool), quando está presente, aumenta a probabilidade de respostas de prazer (Wise & Koob, 2014).

A necessidade de repetição desse efeito, e conseqüentemente os rituais de consumo, são explicados também por alterações neuroadaptativas (Ismail, 2014).

Apesar de não existir unanimidade nas teorias, as descobertas, nos últimos anos, nas áreas da neurobiologia e neurociência cognitiva, apresentam alguns aspetos comuns acerca da dependência de substâncias psicoativas, onde o álcool se inclui. São eles, *déficits* em um ou mais processos cognitivos como a aprendizagem, motivação, memória, atenção e tomada de decisão, a presença de deficiências em processos cognitivos relacionados com o sistema de neurotransmissão e dificuldades nos processos de autocontrolo que é caracterizado por um desequilíbrio entre a valorização da recompensa pelo consumo da substância e o enfraquecimento do sistema de controlo (Morgenstern; Naqvi; Debellis & Breiter, 2013).

As terapias farmacológicas e comportamentais são utilizadas frequentemente como intervenções relacionadas com o consumo de álcool. As primeiras são utilizadas na desintoxicação para suavizar a síndrome de abstinência e também atuam com efeitos aversivos, antagonistas, agonistas e amenizadoras do *craving*, tendo por objetivo interromper ou reduzir os processos de motivação para o consumo. As

terapias motivacionais e cognitivo-comportamentais procuram substituir a motivação para o consumo, pela motivação para a mudança de comportamentos e na promoção de estratégias para lidar com a mudança (Ferreira-Borges & Filho, 2007).

Uma análise funcional cuidadosa e a identificação de crenças disfuncionais são os primeiros passos importantes na Terapia Cognitivo Comportamental, sendo a sua “marca registrada” o relacionamento colaborativo. No que diz respeito aos comportamentos aditivos, esta terapia enfatiza a psicoeducação e técnicas que objetivam a modificação de crenças disfuncionais relacionadas aos resultados do uso de substâncias, enfrentamento e autoeficácia (Sudhir, 2018).

Abordaremos de seguida de que forma a motivação contribui para o processo de mudança de comportamento.

1.2. Motivação e Mudança

Segundo Miller & Rollnick (2001) a motivação é a probabilidade de uma pessoa aderir, envolver-se e preservar uma estratégia de mudança.

A motivação é assim o interesse em iniciar uma modificação do comportamento ou em mantê-lo, alterando um comportamento que é prejudicial por um saudável ou eliminando apenas o que é prejudicial. É considerada a chave para a mudança, com um propósito e intencionalidade, direcionada para os interesses da pessoa. Engloba fatores internos que estabelecem a base da mudança, como por exemplo desejos, e fatores externos, que criam as condições para a mudança, tal como, as pressões externas. A motivação é dinâmica e flutuante no tempo e pode ser influenciada por outras pessoas (Sequeira, 2016, Barroso, 2020).

Nas pessoas com dependência do álcool a motivação é considerada essencial para o processo de mudança, pois como refere Barroso (2020) “(...) está relacionada com o nível de probabilidade da pessoa que usa a substância se envolver no tratamento, continuar o tratamento e aderir às estratégias de mudança”. (p. 98). O autor acrescenta que neste contexto, é essencial o envolvimento do profissional, no estabelecimento de uma relação terapêutica que promova a mudança. Uma relação que, como refere Phaneuf “(...) permita à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal (...)” (2005, p. 324).

Tal implica que a pessoa que ajuda esteja voltada para o outro, no sentido de favorecer o seu crescimento, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida, promovendo ainda no

outro, uma maior apreciação e expressão, e ainda a utilização mais funcional dos recursos internos latentes (Phaneuf, 2005; Rogers, 1985).

Assim, nas pessoas com dependência de álcool, os fatores motivacionais são considerados decisivos para o processo de mudança, assim como, a relação terapêutica estabelecida. Esta pode ser facilitadora do reconhecimento da problemática, contribuindo assim para a adesão ao tratamento.

A utilização de estratégias de comunicação eficazes, tal como a Entrevista Motivacional (EM) é fundamental para estimular a motivação intrínseca para a mudança.

1.2.1. A Entrevista Motivacional

A EM surgiu com o objetivo de estimular a motivação intrínseca para a mudança de comportamento de pessoas com dependência de substâncias, há cerca de três décadas (White & Miller, 2007). Considerada uma ferramenta clínica centrada na pessoa, tem como objetivo ajudar as pessoas a ultrapassar a ambivalência face à mudança (Miller e Rollnick (2012).

O seu objetivo principal é ajudar a pessoa a modificar o seu comportamento, consciencializando-o para a necessidade de mudança e a consolidar o compromisso referente a esse processo, envolvendo estratégias para a sua concretização (Sequeira, 2016).

Miller e Rollnick (2012) definem EM como:

Um estilo de comunicação colaborativo e orientado para objetivos, com particular atenção à linguagem de mudança. Está desenhada para fortalecer a motivação pessoal e o compromisso face a um objetivo específico, estimulando e explorando as próprias razões da pessoa para mudar, em clima de aceitação e compaixão. (p. 48).

Ainda segundo estes autores, a EM é constituída por quatro processos sequenciais e recursivos: o ligar, o focar, o evocar e o planear. Durante o processo de ligar, as partes estabelecem uma aliança de trabalho, que pode ocorrer em segundos ou durar semanas. A ligação terapêutica é considerada essencial para o sucesso de todo o trabalho que se segue. O processo de focar vai ajudar a pessoa a clarificar a direção, qual o caminho que pretende seguir, as mudanças que deseja que aconteçam. Delineados os objetivos de mudança o processo seguinte é o evocar, que significa estimular as próprias motivações da pessoa para mudar, conseguir que esta expresse os argumentos a favor da mudança. Alcançado o limiar de prontidão para a

mudança, segue-se o processo de planejar, que inclui desenvolver o compromisso para a mudança e a formulação de um plano específico de ação.

A prática de EM envolve o uso de competências nucleares de comunicação, que devem estar presentes ao longo dos quatro processos já descritos. Incluem fazer perguntas abertas, afirmar, refletir e resumir. As perguntas abertas dão liberdade ao cliente para responder, o profissional de saúde, utilizando a escuta ativa procura compreender a experiência subjetiva do cliente, refletindo sobre hipóteses sobre os significados que tem para a pessoa. Os resumos são as reflexões das várias experiências que o cliente verbalizou. Afirmer é reconhecer aquilo que é bom, o valor intrínseco do indivíduo como ser humano. Por fim, na prática da EM a informação e o aconselhamento devem ser dados com permissão da pessoa ou quando esta o solicita. (Miller & Rollnick, 2012).

Reconhecida como uma abordagem que se pode utilizar com pessoas que necessitam de fazer mudanças na sua vida, a importância da EM parece aumentar considerando os crescentes conflitos gerados com os estímulos da vida atual, nomeadamente as redes sociais, jogos e compras, muitas vezes associados a consequências graves. A necessidade de mudança de comportamento surge quando existe dissonância ou discrepância entre o comportamento considerado prejudicial e os objetivos e valores da pessoa. As estratégias da EM podem ser muito eficazes para o processo de decisão da pessoa, fortalecendo a sua motivação para se comprometer a mudar.

1.2.2. O Modelo Transteórico de Mudança

Desenvolvido por James Prochaska e Carlo DiClemente, em 1982, o Modelo Transteórico de Mudança (MTM) teve como principal pressuposto o facto de que a mudança bem-sucedida, depende da aplicação de estratégias certas (processo) na hora certa (estádios) (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

É uma referência teórica importante já que descreve de forma objetiva atitudes e dificuldades específicas de cada nível de motivação. Elenca os principais estádios pelos quais as pessoas transitam durante a mudança de comportamento, independente da abordagem terapêutica utilizada (Prochaska & DiClemente, 1983; Szupszynski & Oliveira, 2008).

O modelo está dividido em cinco etapas distintas – Pré-Contemplanção, Contemplanção, Preparação, Ação e Manutenção. (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Assim, quando a pessoa não tem intenção de mudar o seu comportamento, não tem consciência dos seus problemas nem da sua gravidade, encontra-se na fase de Pré-Contemplanção. Nesta fase dificilmente a pessoa procura ajuda para iniciar o seu processo de mudança, e quando o faz, geralmente é impelida por motivações externas, como por exemplo a pressão familiar, profissional ou judicial. Posteriormente, na fase de Contemplanção, existe já a consciência da doença embora se mantenha a ambivalência em relação à mudança, a pessoa considera que tem um problema e a necessidade de uma mudança, mas ainda não está preparada para a fazer. Pode permanecer neste estágio por longos períodos, substituindo a ação pelo pensamento. Na fase de Preparação a pessoa começa a desenvolver um plano de ação, existindo um compromisso efetivo de mudança. Na fase de Ação, a pessoa inicia explicitamente a modificação dos seus comportamentos, quando se implementam as estratégias planeadas. A fase de Manutenção é considerada o grande desafio no processo de mudança. É necessário um esforço constante do indivíduo para consolidar os ganhos conquistados nas outras fases, assim como, para prevenir lapsos ou recaídas. (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Segundo este modelo, a intervenção deve atender às necessidades da pessoa, sendo necessário um acompanhamento terapêutico contínuo que facilite e reforce a mudança do projeto de vida.

1.2.3. Intervenções Psicoeducativas

Uma das técnicas utilizadas na terapia cognitivo-comportamental, é a psicoeducação, uma intervenção eficaz que tem como objetivo a comunicação de conhecimentos sobre a problemática da pessoa (Figueiredo, Souza, Dell'Aglio & Argimon, 2009). Quanto mais informada está a pessoa acerca da sua saúde, física e mental, sobre o seu funcionamento, cognitivo, emocional e comportamental, assim como acerca do tratamento, mais facilmente irá iniciar o processo de mudança (Lukens & McFarlene, 2004).

A psicoeducação não é, no entanto, uma intervenção exclusiva da terapia cognitivo-comportamental, ela pode ser utilizada como uma intervenção cognitiva independente (Baüml, Fröbose, Kraemer, Rentrop & Pitschel-Walz, 2006). Integra técnicas psicológicas e educativas, englobando teorias de diferentes áreas, numa abordagem holística. Pode ser utilizada em diferentes contextos, com pessoas com patologias físicas e mentais (Lemes & Neto, 2017).

É intervenção colaborativa, em que o utente é considerado parceiro do profissional. Pode ser adaptada a famílias, grupos, grupos de famílias e cuidadores (Lukens & McFarlane, 2004).

Na Saúde Mental, a psicoeducação tem como objetivo alterar significados dos factos sobre perturbações mentais, capacitar as pessoas para a compreensão dos diagnósticos de enfermagem do âmbito do conhecimento e promover a sua aprendizagem acerca de estratégias para lidar com a doença e os seus efeitos (Amaral, Almeida & Sousa, 2020).

A psicoeducação permite um maior e melhor conhecimento acerca da doença mental, do utente e dos seus familiares, o que permite uma redução das recaídas, diminuição no tempo de internamento, diminuição do estigma, um aumento do controlo sobre as suas vidas e uma melhor adesão à terapêutica. É uma intervenção que permite o desenvolvimento de competências sociais e de resolução de problemas e uma menor ocorrência de ansiedade e depressão nos cuidadores (Srivastava & Panday, 2016).

Magill, Martino & Wampold (2021), apresentam como um dos princípios desta intervenção, que seja realizada por um profissional de saúde especialista na área.

Esta ideia está de acordo com o que outros autores defendem (Amaral *et al*, 2020), que “uma intervenção psicoeducativa de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, para ser considerada como tal, deve ser realizada por um EESMP (...)” (p. 174)

Outros estudos, evidenciam ainda a importância da relação enfermeiro-utente, como um dos fatores influenciadores do sucesso da intervenção psicoeducação, com pessoas com doença mental (Matsuda & Kohno, 2016; Choe; Sung; Kang & Yoo, 2016; Chang; Wang; Chen; Liang; Whu & Bai, 2020).

Quando utilizada em grupo, a psicoeducação permite uma experiência coletiva para a partilha e aprendizagem entre indivíduos, pois estes sentem-se mais seguros para expressar os seus pensamentos e emoções sem serem julgados (Menezes & Souza, 2012).

Na pessoa com dependência de álcool, as intervenções psicoeducativas permitem aumentar a ambivalência em relação ao consumo do álcool (Lee & Lee, 2015; Yeh; Tung; Horng & Sung, 2017).

É o reconhecimento e a compreensão dos efeitos do álcool que aumentam a motivação intrínseca para a mudança de comportamento e reforça a autoeficácia (Myers; Van der Westhuizen; Naledi; Stein & Sorsdahl, 2016; Yeh *et al* 2017). Esta

está relacionada com a confiança que o indivíduo apresenta para atingir os seus objetivos e controlar o ambiente à sua volta (Bandura, 1989).

Miller & Rollnick (2012) relacionam o conceito de autoeficácia com a esperança e a confiança. A esperança é algo que está dentro da pessoa e que pode ser fortalecida com a relação terapêutica, quando a confiança é baixa para a mudança.

Indivíduos com maior autoeficácia apresentam-se mais aptos para dar passos para a mudança e podem controlar melhor o consumo adotando estratégias eficazes de *coping* quando confrontados com estímulos de risco para beber (Chang *et al.*, 2020).

A combinação da terapia farmacológica, terapia cognitivo comportamental e entrevista motivacional, têm demonstrado eficácia na mudança de comportamentos menos saudáveis relacionados com o consumo abusivo do álcool (Khan; Tansel; White; Kayani; Bano; Lindsay; El-Serag & Kanwal, 2015).

Ao promover a aquisição de novos conhecimentos acerca da sua condição de saúde, a psicoeducação privilegia a participação ativa e a responsabilização do utente pelo seu plano terapêutico. É, no entanto, a relação terapêutica que permite o sucesso desta intervenção.

1.3. Teoria das Transições de Afaf Meleis

As teorias de enfermagem possibilitam enquadrar e perspetivar as intervenções dos enfermeiros.

Por ser uma teoria de médio alcance, a teoria das transições, é consistente com uma estrutura que descreve, compreende, interpreta e/ou explica os fenómenos específicos da enfermagem que surgem da prática diária do enfermeiro (Meleis, 2010). O seu conceito “transição” é considerado um foco de atenção da enfermagem (Schumacher & Meleis, 2010).

Para Meleis (2012) a transição é a passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, podendo afirmar-se que a vida se constitui como uma transição. Indica uma mudança no estado de saúde, nos papéis relacionais, expectativas ou habilidades e requer que a pessoa incorpore um novo conhecimento, altere o seu comportamento e as definições de si própria no contexto social.

A sua teoria inclui seis componentes (Anexo I), que se articulam entre si: os tipos e padrões de transição, as propriedades das experiências de transição, os contextos da transição que podem ser facilitadores e inibidores, os indicadores

processuais e os indicadores de resultados esperados e ainda as intervenções de enfermagem (Meleis; Sawyer; Im; Messias & Schumacher, 2010).

Considerando o tipo de transições, estas podem ser de **desenvolvimento**, as que ocorrem ao longo do ciclo vital do indivíduo (transição da infância para a adolescência), as **situacionais** que consistem em eventos esperados ou não, exigindo uma adaptação da pessoa à nova situação (nascimento de um filho ou morte de um familiar) de **saúde-doença**, que incluem as mudanças biopsicossociais e espirituais que resultam da alteração de um estado de bem-estar para uma doença aguda ou crónica ou, mesmo de um estado de cronicidade para um novo bem-estar (dentro do mesmo estado de cronicidade) e **organizacionais** que ocorrem no contexto ambiental do indivíduo e são precipitadas pelas mudanças que ocorrem ao nível do contexto social, político e económico (mudança de comunidade, emprego) (Meleis *et al.*, 2010).

Quanto ao padrão, as transições podem ser únicas ou múltiplas, sendo que estas últimas podem ser sequenciais, simultâneas e relacionadas ou não relacionadas (Meleis *et al.*, 2010).

No que respeita às propriedades das experiências de transição, elas podem ser de conhecimento/consciência, ajustamento/compromisso, mudança e diferença, eventos e acontecimentos críticos e períodos de experiências (Meleis *et al.*, 2010).

O conhecimento encontra-se relacionado com a consciencialização do indivíduo sobre a experiência que se encontra a vivenciar sendo esperado que desenvolva conhecimento sobre essas alterações. No que se refere ao ajustamento, este reporta-se ao grau de envolvimento do indivíduo nos processos inerentes à transição, sendo este influenciado pelo conhecimento que detém sobre o seu processo de transição. A primeira e a segunda propriedades estão intimamente relacionadas, já que o ajustamento não acontece se o conhecimento não estiver presente. A terceira propriedade, mudança, salienta a distinção entre os conceitos de transição e mudança. A transição envolve sempre uma mudança, o contrário pode não acontecer. A quarta propriedade relaciona-se com o facto de as mudanças serem desencadeadas por eventos e acontecimentos críticos, a maioria das transições encontram-se relacionadas com acontecimentos marcantes na vida das pessoas. A última propriedade, o período de experiência, é caracterizada por movimentações e fluxos ao longo do tempo que devem ser acompanhados pelos enfermeiros, de forma a se obterem ganhos em saúde (Meleis *et al.*, 2010).

A forma como é vivenciada uma experiência é influenciada por fatores ou condições que poderão ser facilitadoras ou inibidoras: as pessoais, as comunitárias e as sociais.

No que respeita às condições pessoais, consideram-se os significados, crenças culturais e atitudes, nível socioeconómico, a preparação e o conhecimento. Salientam-se os significados, que dizem respeito aos acontecimentos que desencadeiam uma transição, e por outro lado, ao sentido atribuído ao próprio processo de transição (Meleis *et al.*, 2010). Os acontecimentos podem ser fruto das escolhas do indivíduo, ou surgir inesperadamente. Os significados atribuídos às transições poderão ser positivos, negativos ou neutros, variam de pessoa para pessoa e influenciam o resultado das mesmas (Schumacher & Meleis, 2010; Zagonel, 1999).

As condições comunitárias referem-se aos recursos que uma comunidade tem para facilitar ou inibir o decorrer das transições. Como condições facilitadoras podem considerar-se o suporte de amigos, pares e familiares e as informações relevantes obtidas junto de profissionais de saúde. Como condições de inibição consideram-se a insuficiência de recursos, a falta de planeamento e a inadequação das sessões de educação para a saúde, o suporte inadequado, a informação insuficiente ou contraditória e os estereótipos (Schumacher & Meleis, 2010).

Como condições sociais podemos encontrar a marginalização, os estigmas e os papéis socialmente definidos, que se constituem como os principais condicionantes inibidores no contexto social (Meleis *et al.*, 2010). É, pois, fundamental, que os enfermeiros tenham conhecimento do ambiente social no qual o indivíduo está inserido de forma a desenvolver intervenções terapêuticas adequadas (Schumacher & Meleis, 2010).

As transições poderão ter dois tipos de padrões de resposta, os indicadores processuais e os de resultado. Os indicadores processuais refletem a necessidade de o indivíduo se sentir e manter integrado num contexto em que esteja inserido uma vez que a transição implica a criação de novos significados e perceções. As relações que o indivíduo estabelece com o meio, família, amigos ou profissionais de saúde, revelam-se como fontes de informação privilegiadas. Indicam também o desenvolvimento de confiança e *coping*. Estes estão presentes quando os indivíduos que experienciam a transição apresentam um conhecimento mais aprofundado e maior compreensão acerca dos aspetos essenciais e críticos da situação de transição (Meleis *et al.*, 2010).

Os indicadores de resultado são aqueles que permitem identificar se a transição foi um evento saudável. Estes dividem-se em mestria e identidades flexíveis e integradoras. As primeiras referem-se ao desenvolvimento de competências que irão permitir gerir a nova situação. Nesta continuidade processual, à medida que o indivíduo se aproxima de um período de estabilidade, correspondente ao término do processo de transição, os seus níveis de mestria irão indicar os ganhos em saúde atingidos no decurso de toda a experiência. As identidades flexíveis serão resultado da incorporação de novos conhecimentos decorrentes do processo transacional. Uma transição saudável deve envolver uma reformulação da identidade do indivíduo, da qual resulta a incorporação de novos conhecimentos com o objetivo de alterar os seus próprios comportamentos (Meleis *et al.*, 2010).

A perceção dos indicadores de resposta permite aos enfermeiros uma melhor compreensão, não só do processo de transição do indivíduo, mas também das consequências que este processo exerce sobre o seu domínio biológico, psíquico e sociocultural (Zagonel, 1999).

As intervenções de enfermagem constituem o suporte de todo o processo de enfermagem. Incluem a supervisão e/ou ensino de atividades que pretendem substituir o próprio utente mediante as incapacidades que possa manifestar (Meleis, 2012).

O processo de transição constitui um foco dos cuidados de enfermagem, onde as intervenções devem ser sensíveis à compreensão da transição a partir da perspectiva de quem as vivencia, indo ao encontro das suas necessidades (Zanogel, 1999). Para isso, é fundamental ouvir, aceitar e compreender as experiências e os significados que a pessoa atribui ao seu percurso (Collière, 2003).

Os enfermeiros facilitam as transições dos indivíduos, intervindo sobre as mudanças e exigências que se refletem nas suas vidas. (Meleis & Trangenstein, 2010; Meleis, *et al.*, 2010). Capacitam-nos através de informações, competências e recursos de forma a promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida (Meleis, 2019).

Moutinho, em 2018, afirma que a problemática do consumo de álcool, desde a sua experimentação até à dependência, pode ser analisado tendo por base esta teoria. As condicionantes sociais e pessoais que levam à experimentação, as consequências para a saúde e para o desenvolvimento pessoal, assim como, as estratégias pessoais e as intervenções de enfermagem que ajudam a um consumo de baixo risco, constituem um sistema de grande complexidade, podendo ser facilitador

para a sua compreensão, um enquadramento conceptual que utilize a teoria das transições.

Pelo que foi explanado, este foi considerado o referencial teórico que melhor enquadrava e sustentava as intervenções especializadas desenvolvidas nos ensinamentos clínicos.

2. PERCURSO E OPÇÕES METODOLÓGICAS

2.1. Finalidade e objetivos do estágio

As atividades desenvolvidas em contexto de estágio tiveram como finalidade a aquisição de competências científicas, técnicas e relacionais, de forma a prestar cuidados de enfermagem especializados de saúde mental, tendo como centralidade a pessoa com dependência de álcool.

Definido como objetivo geral a promoção da mudança da pessoa com dependência de álcool, no projeto foram planeadas intervenções especializadas, utilizando a psicoeducação como estratégia privilegiada de intervenção. Porém, considerando que qualquer projeto é dinâmico e flexível, as atividades previamente planeadas tiveram que ser reformuladas, devido às realidades dos contextos e principalmente às necessidades das pessoas intervenientes.

A vertente hospitalar/internamento decorreu numa CT, na região de Lisboa e Vale do Tejo, no período de 11 de outubro a 10 de dezembro de 2021, e a vertente comunitária numa ETET, pertencente ao Centro de Respostas Integradas (CRI) da Península de Setúbal, no período de 13 de dezembro de 2021 a 25 de fevereiro de 2022.

De forma a promover a mudança da pessoa com dependência de álcool, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver a relação terapêutica enfermeira-utente;
- Promover técnicas de gestão de ansiedade;
- Aumentar o autocontrolo e a autoeficácia;
- Aumentar o autoconhecimento;
- Incentivar as relações interpessoais e a coesão do grupo;
- Promover experiências positivas e de bem-estar;
- Promover a expressão de emoções e sentimentos.

Considerando a especificidade da prática do EESMP foram implementadas intervenções em grupo e individuais, tendo sido utilizados diferentes instrumentos de avaliação. Destaco o questionário de autoavaliação, utilizado na intervenção terapêutica do treino de relaxamento progressivo, de forma a avaliar os resultados obtidos com a mesma; o guião utilizado na condução das sessões do treino de relaxamento progressivo; os relatórios individuais onde os participantes descreveram sentimentos e emoções vivenciadas após a atividade recreativa no exterior; o questionário sociodemográfico utilizado com o objetivo de caracterizar os utentes e os

seus consumos de álcool; a escala SOCRATES 8-D, utilizada para avaliar a motivação para a mudança; a escala Consequências da Dependência de Substâncias, um instrumento que permitiu avaliar a gravidade das consequências do consumo do álcool. Foi ainda utilizada a técnica da entrevista em saúde mental e psiquiátrica, essencial para a compreensão do estado de saúde mental dos utentes. A utilização dos princípios da Entrevista Motivacional durante as intervenções, foram fundamentais para atingir os objetivos específicos definidos.

Nos contextos de estágio, em todos os momentos, a prática profissional foi desenvolvida de acordo com os princípios éticos e deontológicos, respeitando os direitos humanos e a responsabilidade profissional.

Desde logo o respeito da autonomia da pessoa, reconhecendo que esta é livre e capaz de decidir por si mesma. De forma a que possa decidir de forma livre e esclarecida, deve-lhe ser facultada toda a informação e respeitadas posteriormente pelo enfermeiro, as decisões tomadas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2005).

Consagrado na Lei de Saúde Mental (Lei 36/98), como um direito, no seu artigo 5º, alínea a) prevê que o utente deve “ser informado, por forma adequada, dos seus direitos, bem como do plano terapêutico proposto e seus efeitos previsíveis”. Ainda na alínea e) do mesmo artigo é reconhecido como um direito do utente aceitar ou recusar a participação em investigações, ensaios clínicos ou atividades de formação.

Por ser um trabalho realizado no âmbito do curso de mestrado, na CT as intervenções foram apresentadas aos residentes, assim como os seus objetivos. A sua participação foi assim livre e esclarecida, assim como, explícita a informação da liberdade para abandonarem as sessões em qualquer momento que pretendessem.

Na ETET, na primeira sessão, foi explicado a cada utente o objetivo das intervenções e de forma explícita, cada um demonstrou a sua vontade em participar.

No que se refere ao sigilo da informação partilhada, foi garantido a todos os utentes a sua confidencialidade, a decorrente da relação estabelecida, mas também a recolhida nos processos individuais. A partilha de informações dentro da equipa terapêutica ocorreu apenas quando se considerou essencial para o processo de cuidar. Considerado como deveres do Enfermeiro, o sigilo e a confidencialidade da informação, previsto no artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005), a identificação dos utentes foi ainda protegida na redação deste relatório.

2.2. Caracterização do Campo Estágio – Comunidade Terapêutica

A CT fica sediada na região de Lisboa, é estatal e de âmbito nacional, podendo receber pessoas de qualquer parte do país. É uma unidade especializada de tratamento de dependências residencial de longa duração, que tem como missão o tratamento e a reabilitação psicossocial de indivíduos com patologia aditiva (com ou sem consumo de substâncias associado).

A referenciação inicial dos utentes à CT é feita por via institucional, a partir das diferentes estruturas e unidades da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD).

Tem capacidade para vinte residentes, capacidade que ficou reduzida durante a pandemia COVID-19, a 12 residentes, de ambos os sexos, com idade superior a dezoito anos. Não são aceites menores de idade por ser uma Comunidade com características de porta aberta e de responsabilização pelo programa, sendo a presença voluntária.

O modelo terapêutico utilizado é o modelo hierárquico, o que significa que o grupo está organizado de forma piramidal, assumindo funções de maior responsabilidade aqueles que têm tempo de tratamento e preparação para o poder assumir. Os residentes mais velhos ensinam os que vão entrando na CT, acompanhando-os e dando-lhe suporte, servindo como modelos. O processo terapêutico assenta em três pilares: o progressivo aumento de responsabilidade, o progressivo aumento da autonomia e a interajuda.

A rotina diária da Comunidade oscila entre as tarefas nos diferentes setores de trabalho (cozinha, casa, lavandaria, horta/jardim/animais e oficina), a participação nos grupos terapêuticos e tempo de lazer (Anexo II e Anexo III).

O programa terapêutico desenvolve-se ao longo de cinco fases, cada uma com objetivos bem definidos (Anexo IV) e às quais corresponde uma crescente responsabilização e autonomia. A passagem de fase acontece após a autoavaliação do próprio, um processo supervisionado pela equipa técnica.

Na fase de preparação e na primeira fase, o residente não pode ter contacto com a família e amigos. São períodos de separação necessários para que cada parte repense a sua relação, as suas decisões e os seus projetos, fazendo ainda com que o padrão relacional utilizado durante a fase de consumo, dê lugar a uma relação que se pretende segura e responsável.

A intervenção familiar contempla grupos de pais, que acontecem mensalmente, onde se promove a troca de experiências e a entreajuda, delineando-se novos modos

de ação/orientação para a relação futura com o residente. Contempla ainda o grupo de cônjuges, que utiliza o mesmo padrão de funcionamento do grupo anterior, sendo que dele fazem parte os cônjuges dos residentes. Pretende-se ajudar a criar um modo de relação mais saudável, aumentando a compreensão acerca da realidade atual, proporcionando a criação de projetos futuros para o casal.

A equipa técnica é multidisciplinar, onde as formações complementares permitem tornar mais rica e completa a intervenção terapêutica.

As tarefas nucleares da equipa técnica são estimular e promover o funcionamento saudável do grupo, sendo este considerado o vetor de mudança.

O poder transformador do grupo é apontado por autores como Vinogradov & Yalom (1992) que afirmam que o grupo tem um potencial terapêutico único. As interações utente-utente e utente-terapeuta são utilizadas em *setting* do grupo e são utilizadas de forma a permitir alterações no comportamento desadaptado de cada um dos elementos.

Em relação à função do grupo, Amaral (2020), refere que esta está relacionada com a finalidade para a qual foi criado. Poderá ter como objetivo a partilha entre os seus membros, de sentimentos, ideias, opiniões e experiências, com o propósito de proporcionar a aprendizagem e descoberta mútua, promovendo assim as interações sociais face a face e a autoestima, a estabilidade emocional e o estabelecimento de relações de suporte.

2.2.1. Caracterização dos participantes

O grupo de participantes era composto por nove residentes, sendo que oito são do género masculino e uma do género feminino.

Quanto ao estado civil, cinco residentes são solteiros, dois casados/união de facto, um divorciado e um viúvo. As suas idades situam-se entre os vinte e cinco anos e os cinquenta e oito anos.

Referente ao nível de escolaridade, um participante tinha completado o segundo ciclo, quatro residentes o terceiro ciclo, três residentes o ensino secundário, sendo que dois detinham cursos técnico-profissionais, e um residente é licenciado. Dos nove residentes apenas um está desempegado, a receber rendimento social.

Não tendo sido possível realizar intervenções apenas com pessoas com dependência de álcool, dada a especificidade do contexto, importa salientar que quanto às tipologias de consumos, três participantes apresentavam como substância

principal de consumo o álcool, três álcool e outras substâncias ativas e três não tinham consumos de álcool, apenas outras substâncias.

Quanto à fase do programa terapêutico, dois participantes encontravam-se na fase de preparação, quatro na primeira fase, dois na segunda fase e apenas um na quarta fase, o responsável pelo grupo no horário em que a equipa técnica não estava presente.

2.2.2. Intervenções terapêuticas desenvolvidas

2.2.2.1. Treino de relaxamento progressivo

De forma a promover nos residentes a redução dos níveis de ansiedade, aumentar o autocontrolo e a promoção de um estilo de vida mais saudável, foram planeadas quatro sessões de treino de relaxamento progressivo.

O relaxamento é uma intervenção de cariz preventivo e terapêutico, que possibilita que a pessoa controle os seus níveis de ativação, promovendo uma resposta que seja incompatível com a ansiedade. Caracteriza-se por um padrão reduzido de atividade somática e autónoma, assim como por mudanças cognitivas que implicam sensações de tranquilidade, conforto e sossego (Payne, 2003).

A pessoa com dependência de substâncias, onde se inclui o álcool, durante o tratamento, necessita de fazer face a um conjunto alargado de stressores como o *craving*, manifestações físicas de abstinência, implicações da dependência no seu autoconceito e as repercussões de cariz social e familiar (Adés e Lejoyeux, 2004).

Durante o tratamento o doente é incentivado a desenvolver atividades gratificantes, de forma a que exista um equilíbrio entre os deveres e as atividades motivadas pela procura de prazer. O retomar de atividades agradáveis, de comportamentos saudáveis, de adições apelidadas de “positivas”, deverão ser promovidas. “A gestão do stress, do tempo e das técnicas de relaxamento pode ser um útil adjuvante” (Rahioui & Reynaud, 2008, p. 109).

O relaxamento muscular progressivo além de permitir que durante o *craving* exista uma diminuição da ansiedade, fornece à pessoa um intervalo de tempo durante o qual a intensidade do *craving* pode diminuir. Além disso, esta técnica pode permitir ao indivíduo a elaboração e a confirmação de crenças de que está no controlo e que é capaz de lidar de forma mais eficaz com esta situação (Junior, 2004).

Desenvolvido por Edmund Jacobson, o relaxamento progressivo, é uma técnica que se baseia na premissa de que o corpo responde com tensão muscular aos

pensamentos e aos eventos que provocam ansiedade. Por sua vez, essa tensão fisiológica aumenta a experiência subjetiva da ansiedade (Davis; Eshelman & McKay, 1996).

Com o objetivo da aplicação desta técnica no contexto de estágio, optei por mobilizar a versão modificada de Bernstein & Borkovec de 1973, o Treino de Relaxamento Progressivo. Esta abordagem consiste em aprender a relaxar grupos específicos de músculos, focando a atenção nas sensações que acompanham a tensão e o relaxamento, aprendendo assim a diferenciar o contraste entre as sensações associadas a cada um dos estados.

Nesta abordagem, o treino é seguido através de ações pré-estabelecidas, nomeadamente na contração e na libertação da contração. A contração produzida corresponde a uma contração forte e efetuada de uma só vez, devendo ser mantida durante 5-7 segundos, com a atenção focada do cliente na sensação da tensão muscular. A libertação da contração, deve ser feita de uma só vez, de forma rápida e total. É novamente pedido ao cliente para focar a sua atenção nas sensações produzidas com este movimento. Esta situação deve ter uma duração entre 30-40 segundos (Payne, 2003).

Esta técnica de relaxamento permite que a pessoa reconheça quando se encontra excessivamente tensa e instruir-se para relaxar, reduzindo assim os seus níveis de ansiedade (Payne, 2003).

Poderá ser utilizada música durante o treino de relaxamento pois está positivamente relacionada com o grau de relaxamento que os participantes manifestam (Stratton & Zalanowski, 1984).

De seguida, será apresentada a forma como foram desenvolvidas as sessões.

Procedimentos desenvolvidos

Foram realizadas quatro sessões, de 15 de novembro a 06 de dezembro de 2021, que decorreram semanalmente. Participaram nas sessões oito residentes, o mais antigo, por se encontrar a trabalhar nunca participou nas sessões de treino de relaxamento progressivo.

Na primeira sessão foi realizada uma pequena introdução aos residentes, elucidando-os acerca do treino de relaxamento progressivo, os seus objetivos e benefícios. Os exercícios foram demonstrados, de forma a que não existissem dúvidas durante a sessão.

De forma a avaliar os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem, os participantes antes da sessão preencheram um questionário de autoavaliação inicial (Apêndice I), onde podiam selecionar um sentimento entre dez, ou identificar outro que não fizesse parte da lista. Foram avaliadas a Tensão Arterial e a Frequência Cardíaca, antes e após a intervenção, de forma a identificar possíveis alterações significativas. No final da sessão os residentes realizaram uma nova avaliação, preenchendo o questionário (Apêndice II).

Para a condução das sessões, foi utilizado um guião do treino de relaxamento progressivo (Anexo V). A intervenção foi concretizada com suporte musical, um tema escolhido pelo grupo.

Apresentação e análise reflexiva dos resultados

De forma a organizar e sistematizar a informação, e para melhor compreensão dos dados obtidos, os resultados referentes à avaliação fisiológica e aos sentimentos indicados pelos participantes, antes e após da intervenção, serão apresentados em forma de tabela. No apêndice III, apresentam-se os gráficos com os resultados obtidos da avaliação da Tensão Arterial e da Frequência Cardíaca, nas quatro sessões.

Tabela 1. Valores Tensão Arterial (mmHg) e Frequência Cardíaca (batimentos por minuto)

	Sessão 1		Sessão 2		Sessão 3		Sessão 4	
	TA/FC (M*0)	TA/FC (M*1)	TA/FC (M0)	TA/FC (M1)	TA/FC (M0)	TA/FC (M1)	TA/FC (M0)	TA/FC (M1)
R*1	112-81/84	120-80/75	113-75/82	109-82/79	117-78/78	119-79/73	120-80/77	122-79/73
R2	130-88/77	124-88/69	125-83/84	121-83/76	112-77/70	115-82/65	110-81/72	112-80/70
R3	120-77/65	120-74/60	119-79/68	122-71/57	128-79/71	131-77/54	130-75/65	135-71/60
R4	122-69/74	142-79/67	163-89/81	141-84/71	Saída CT			
R5	Entrada na CT a 29/11				127-57/87	138-83/74	130-50/75	120-60/70
R6	132-76/66	131-84/60	123-77/63	128-81/58	121-77/75	130-82/64	135-80/78	125-70/62
R7	117-82/73	113-79/73	107-76/70	108-72/70	113-77/69	110-75/72	110-71/72	115-70/70
R8	125-71/65	137-66/73	118-74/65	129-85/61	125-74/62	143-98/77	135-70/75	140-72/82

Da análise dos valores apresentados na tabela salienta-se a diminuição da frequência cardíaca, após a sessão de treino de relaxamento progressivo, em quase todos os participantes, quando comparado com os valores no início da sessão.

* R - Residente

*M0 – Antes da sessão

*M1 – Depois da sessão

Estes resultados estão de acordo com o que a OE, no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental refere, nomeadamente que “(...) As técnicas de relaxamento são muitas vezes utilizadas como um elemento de um programa mais amplo de gestão de stresse e pode diminuir tensão muscular, a pressão arterial e a frequência cardíaca e respiratória, entre outros benefícios para a saúde” (2015, pág.17040).

Tabela 2. Identificação sentimentos em M0 e M1

	Sessão 1		Sessão 2		Sessão 3		Sessão 4	
	M0	M1	M0	M1	M0	M1	M0	M1
R*1	Calmo	preocupado	otimista	Calmo	calmo	preocupado	calmo	“apreensivo”
R2	Otimista	calmo	otimista	Calmo	otimista	Triste	otimista	assustado
R3	Ansioso	calmo	desanimado	indiferente	depressivo	Calmo	calmo	otimista
R4	Calmo	calmo	triste	“sem força física”	Saída CT			
R5	Entrada na CT a 29/11				calmo	otimista	otimista	otimista
R6	Calmo	otimista	ansioso	Calmo	calmo	Calmo	preocupado	calmo
R7	desanimado	calmo	calmo	Calmo	calmo	Calmo	calmo	calmo
R8	Calmo	calmo	calmo	Calmo	calmo	Triste	receoso	calmo

Relativamente aos sentimentos vivenciados, houve um predomínio do sentimento “calma”, no final da intervenção.

É importante referir, que os resultados encontrados, apresentam um maior significado quando relacionados com o que vivenciaram alguns participantes ao longo das sessões, nomeadamente o contacto consigo próprios através do seu corpo. Dois residentes (R2 e R8) durante as sessões experienciaram sensações relacionadas com o passado de consumos. Para estes residentes, as sessões foram vivenciadas de forma muito intensa, principalmente a terceira e a quarta, onde choraram e permaneceram em posição fetal durante o decorrer das mesmas. Apesar da possibilidade de poderem sair durante a sessão, nenhum deles o fez.

Não sendo esta intervenção direcionada para a expressão de emoções, nestes residentes constituiu o espaço seguro para que tal acontecesse.

Esta é uma população que vive habitualmente separada do corpo, muitas vezes um corpo-objeto, um lugar de memórias de abandono, rejeição, humilhação, violência e abuso. É possível, por isso, que sintam medo de experienciar sentimentos e conflitos que se encontram fechados num corpo que se tornou rígido e passivo. Estas sessões, para alguns residentes, ajudaram a sentir e a tolerar um corpo com mais sensações e

sentimentos. Um dos residentes afirmou mesmo “Acho que começo a sentir, tenho medo de sentir coisas” (*sic*).

De salientar ainda os resultados do R4. A segunda sessão decorreu momentos após ter conhecimento que teria de abandonar a CT. Antes de iniciar a sessão de relaxamento estava visivelmente ansioso com valores fisiológicos compatíveis com esta situação (TA – 163/89 mmHg e FC 81), referindo sentir-se triste. No final da sessão verificou-se valores fisiológicos mais baixos (TA – 141/84 mmHg e FC- 71), de alguma forma compatíveis com o sentimento descrito “sem força física”.

Após cada sessão foi realizado com o grupo um momento de reflexão e partilha acerca do que tinham vivenciado. A intensidade com que alguns residentes experienciaram a sessão, levou a que em algumas situações, fosse necessário um trabalho posterior em grupo terapêutico ou o encaminhamento para o terapeuta de referência.

2.2.2.2. Atividade recreativa

O grupo na CT tem uma importância fundamental. Para a maioria dos residentes, o grupo de companheiros foi o principal contexto da sua socialização negativa. O processo de grupo utilizado na Comunidade, utiliza esse contexto para ressocializar positivamente os seus membros (De Leon, 2000).

Um grupo coeso é aquele em que a atração interpessoal é intensa e valorizada, podendo a coesão emergir espontaneamente ou pode ser estimulada para dar unidade e identidade, utilizando para isso determinado tipo de técnicas. Entre as situações que tendem a aumentar a coesão dentro do grupo, encontra-se a concretização de objetivos. Quando existe coesão, a moral do grupo é mais elevada assim como o seu sentimento de segurança, reforçando positivamente a opinião que os membros têm acerca de si próprios (Guerra, Lima & Torres, 2013).

É frequente a pessoa com dependência, referir sentimentos de angústia e de vazio quando deixa de usar substâncias aditivas. O número da realização de atividades com prazer, está relacionado com sentimentos positivos. Quanto menos atividades prazerosas a pessoa tiver, maior será a probabilidade de experimentar sentimentos negativos, solidão e depressão. As atividades de lazer são importantes ferramentas no controle desses sentimentos. Deverá existir durante o tratamento um reforço para que se envolvam em atividades agradáveis, de forma a encontrarem alternativas

comportamentais saudáveis, em substituição do uso do álcool ou de outra substância (Zanelatto, N.; Sakiyama, H, 2011).

De acordo com estas premissas, foi realizada uma atividade recreativa, um passeio num grande Jardim, na região de Lisboa, durante a manhã de um domingo. Participaram na atividade os nove residentes, apresentando-se bastante motivados desde o momento em que foi anunciada.

Teve como objetivos terapêuticos a promoção das relações interpessoais e a coesão do grupo, a promoção de experiências positivas, assim como, o bem-estar físico e psicológico.

Avaliação/Apreciação

Antes da saída, um conflito entre o elemento mais velho e o mais novo, deixou o grupo tenso. O passeio permitiu que a tensão fosse diminuindo, sendo possível a partilha de experiências, de vida e da família. Um dos participantes referiu “a minha esposa gosta muito de gatos, vai gostar de vir aqui” (*sic*) Outra participante ficou maravilhada com a temática que estava a decorrer no Jardim “Alice no país das maravilhas”. Fala das filhas e pede para tirar fotografias para lhes poder enviar.

A forma como o grupo se organizou ao longo do passeio (mais ou menos distantes) foi indicador das relações estabelecidas entre os seus elementos.

Na chegada à Comunidade, por ser hora de preparem o almoço, não foi possível realizar a partilha da experiência, foi por isso pedido aos residentes que expressassem num relatório os sentimentos vivenciados.

O elemento mais novo que esteve envolvido no conflito, relacionado com as regras da casa, que ainda tem dificuldade em aceitar dos elementos mais velhos, refere no relatório que “na minha saída à rua a ver passar a vida real, senti alguma inveja e raiva, impotência. Mas penso que posso utilizar esses sentimentos a meu favor, para fazer o contrário daquilo que às vezes sinto, vontade de me ir embora” (*sic*).

Outro participante referiu “(...) neste passeio foi onde consegui abstrair-me mais da tensão que sinto no grupo” (*sic*).

Uma participante descreve o passeio como “maravilhoso (...) Fiquei encantada, não tinha palavras para descrever o que senti, pois era tudo tão bonito, eu parecia a “criança” a “Alice” que queria bisbilhotar tudo, todos os cantinhos, apanhava todas as folhas, todas as sementes, tudo, foi muito bom, senti cada momento (...) aquelas árvores fizeram lembrar-me Moçambique, foi tão bom o tempo que lá estive com a

minha família, (...)" Confidenciou-me que vai fazer fios com as sementes que trouxe do jardim, para oferecer às duas filhas no Natal.

Os restantes participantes manifestaram que tinham gostado muito, que tinha sido um passeio agradável.

Um dos participantes destacou no relatório a importância deste passeio se ter concretizado "Achava que eram só promessas" (*sic*). Devido às condições meteorológicas, o passeio teve que ser adiado duas semanas, na altura todos se mostraram desapontados. Esta afirmação, fez-me refletir acerca da importância do respeito pelo outro, um aspeto fundamental para estabelecer uma relação terapêutica. Habitados a ser rotulados e pouco valorizados, sentirem-se aceites e respeitados pelo que são, é fundamental para o sucesso do tratamento e para o processo de mudança.

Para Phaneuf (2005) o respeito é uma qualidade pela qual a pessoa que ajuda reconhece no outro o enorme valor apesar da sua aparência física, do seu carácter e dos seus comportamentos. Acrescenta que o respeito se caracteriza pelo "reconhecimento de que a pessoa ajudada é capaz (...) de evoluir e de mudar o seu modo de vida, e, conforme o caso, de se responsabilizar por si, de modificar os seus comportamentos e de tomar as suas próprias decisões." (p. 341).

Apesar de há primeira vista este passeio poder ser encarado apenas como uma atividade lúdica/recreativa, considero que foi muito importante para o grupo. Foi possível a promoção de um estilo de vida saudável, com relações saudáveis, assim como a vivência do "aqui e agora" partilhando o grupo experiências agradáveis e seguras.

2.2.2.3. Cinematerapia

Considerando que os filmes são metáforas que podem ser utilizados como intervenção terapêutica, independentemente da orientação teórica do terapeuta (Sharp; Smith & Cole, 2002), esta atividade foi planeada e realizada num sábado à tarde, na sala de estar da CT. O filme escolhido foi "*The Pursuit of Happyness*" (Anexo VI).

Como objetivos terapêuticos foram estabelecidos a expressão de emoções e sentimentos, a promoção do autoconhecimento e as experiências positivas e bem-estar.

A identificação com um personagem do filme, pode ajudar os utentes a desenvolver a força do ego à medida que se lembram de recursos interiores

esquecidos e se consciencializam da oportunidade certa para que esses recursos sejam aplicados. Contribuem para a mudança do comportamento a identificação com a personagem, mas também a motivação criada pelo êxito alcançado das personagens (Wolz, B., 2003).

Segundo Sharp, Smith & Cole (2002) a escolha do filme é muito importante, o tema deve ser relevante em termos metafóricos para as questões que se prendem trabalhar durante o tratamento. O uso de metáforas e histórias por meio de filmes permite que o terapeuta tenha acesso a uma parte mais receptiva e menos defensiva dos clientes.

Quanto ao tema do filme, esta deve retratar situações problemáticas semelhantes às do cliente, pois assim permite que ele entre em contacto com o seu sofrimento de uma forma mais segura (Dermer, S.; Hutchings, J. 2010).

No final da visualização do filme, foi realizada uma reflexão em grupo, de forma a que os residentes partilhassem os seus sentimentos.

Avaliação/Apreciação

Participaram nesta atividade todos os residentes, de forma voluntária, apesar de três já terem visto o filme. Esta é uma atividade que estão habituados a fazer ao fim de semana. No planeamento das atividades do fim de semana, propõem o/os filme/s que desejam ver, de entre os que têm disponíveis na Comunidade, autorizado posteriormente pela equipa técnica.

Ao longo do filme todos os participantes estiveram atentos, um deles, pediu várias vezes para ir à casa de banho, tendo-se emocionado no final do filme. Tem um comportamento idêntico nos grupos terapêuticos, uma fuga a situações que o deixam mais desconfortável.

No final, no momento de partilha com os participantes, foi explorado como cada um viu o filme, a personagem com que mais se identificaram e a mensagem que retiraram do mesmo.

Todos referiram ter gostado do filme, mesmo os que já tinham visto consideraram importante rever.

Um dos participantes, emocionado refere “lembrei-me da minha vida, como também tive que lutar para conseguir chegar onde cheguei” (*sic*) Quando lhe pergunto o que sentiu no final do filme, quando o pai e o filho deram um abraço, diz que “lembrei-me do meu filho, quando o ia levar à escola” (*sic*). Foi interessante esta identificação já que estava em preparação para sair da CT e várias vezes referiu que a sua família

eram os residentes e os técnicos. Não tem contacto nem qualquer relação com o filho há vários anos.

Uma participante referiu a identificação que fez ao seu processo de tratamento na Comunidade. “Tal como ele (ator principal) também eu tenho que ultrapassar os obstáculos que aqui encontro, mas vou conseguir, eu sei que vou” (*sic*) Refere ainda que se identificou “com a mãe, aquela que abandonou o filho” A residente tem duas filhas. Foi explorado no grupo a questão do abandono do filho. Seria efetivamente um abandono ou uma necessidade daquela mãe? As opiniões dividem-se, sendo interessante a opinião de um participante que justifica a sua opinião baseada em questões legais, salientando “legalmente se a mãe deixa o filho com o pai, abandona o filho...” Acrescenta que gostou do filme, mas que dificilmente seria um filme que escolheria para ver, “gosto mais de ficção científica” (*sic*).

No geral nenhum residente falou da questão dos afetos. Apenas um residente, fala do abraço entre o pai e o filho “nunca tive um abraço daqueles” (*sic*). Vítima de violência ao longo da vida por familiares, colegas e até por alguns patrões, no ambiente seguro que lhe é proporcionado na CT, está agora a aprender, como ele diz, “a ser um homem crescido” (*sic*). Está a aprender que é uma pessoa que merece respeito, que pode errar sem ter medo das consequências, que é aceite pelo que é.

Esta atividade permitiu ainda uma reflexão no grupo acerca da resiliência, da possibilidade de ultrapassar obstáculos sem ser de forma destrutiva.

2.2.2.4. Sessão com mediador expressivo – modelagem com argila

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

A época festiva do Natal que se estava a aproximar, provocou em alguns residentes alguma ansiedade e angústia, relacionadas com o facto de estarem longe da família, mas também um sentimento de culpa pelas “ausências” noutros Natais, devido à dependência.

Pretendeu-se com esta intervenção de âmbito psicoterapêutico, a utilização de um mediador expressivo, a modelagem com argila. Foi proposto aos residentes que produzissem figuras livres, alusivas a esta época festiva, de forma a permitir a expressão de sentimentos e emoções, mas também a preparação do Natal que para cada um deles, teria um significado diferente.

Um mediador expressivo é entendido como sendo toda a ação, atividade, instrumento, técnica ou consigna proposta a uma pessoa, de forma a que esta se expresse livremente. É um meio de comunicação com o outro, assim como consigo próprio, um facilitador da expressão (Ferraz, 2009).

Esta autora defende a criação de um espaço expressivo como um ambiente de tranquilidade, segurança, contenção e de liberdade expressiva onde os participantes possam exprimir o que sentem, ao mesmo tempo que estimula a expressão através do desenvolvimento da criatividade. Acrescenta que não é a obra ou a finalização da expressão que interessa, nem a qualidade estética, mas sim a atividade criadora, a vivência, as sensações e as emoções desencadeadas durante a expressão.

Concebe que o trabalho do terapeuta expressivo é caracterizado por:

(...) um tipo de intervenção centrado no aqui e agora, visando o estabelecimento de objetivos e tarefas autoeducativas, promovendo, estimulando, amadurecendo e desenvolvendo a consciência não só individual, como também, grupal e global. (...) as Terapias Expressivas buscam o desenvolvimento de ações que promovam aquilo que Carl Rogers definiu como, o indivíduo tornar-se pessoa, ou desenvolver a consciência de si mesma. (p. 26)

Na modelagem, a argila surge como matéria de expressão. Ela é o símbolo de nascimento, de vida e de morte, projetando-se nela espontaneamente os afetos, mais do que em qualquer material modelável. Por ser considerada um suporte dos afetos, é interessante analisar as diferentes atitudes desenvolvidas perante ela (Païn & Jarreau, 2001).

As qualidades terapêuticas da modelagem com o barro são conhecidas quando utilizadas individualmente ou em grupo. As figuras de barro podem refletir a conexão entre o mundo mental e o mundo material, essencial na arteterapia já que é uma atividade que usa peças de arte para representar o mundo espiritual interior. O trabalho com barro, torna possível uma linguagem ou comunicação não verbal para o criador, por meio da qual o seu domínio mental, vida emocional e relações objetais primárias podem ser expressos. A modelagem com o barro usa modos primários de comunicação e expressão (toque), que está ligado a memórias e sentimentos passados que foram codificados através do toque e do movimento. Assim, o trabalho com o barro pode funcionar como uma abertura para essas representações não verbais inconscientes e pode ser muito útil para pessoas que têm dificuldade em se expressar verbalmente e que têm uma atitude defensiva. A oportunidade de fazer algo com um pedaço de barro, pode ser considerado como um símbolo e uma metáfora do mundo interior da pessoa inerente ao processo terapêutico, é transformar a dor numa

expressão significativa. Permite à pessoa encontrar os aspetos construtivos e destrutivos de si mesmo, em processos de mudança psíquica e formação de identidade, e tornar-se ele mesmo (Sholt & Gavron, 2006).

A utilização de mediadores de expressão com indivíduos dependentes, de acordo com os novos paradigmas de cuidados em saúde mental, é um processo terapêutico predominantemente não-verbal, que por meio de artes plásticas, acolhe o ser humano em toda a sua diversidade e complexidade, ajudando-o a encontrar novos sentidos para a sua vida, objetivando a reinserção e inclusão social. (Valladares; Lima; Lima; Santos; Carvalho & Tobias, 2008)

A atividade decorreu no início de dezembro, participaram oito residentes, apesar de alguns manifestarem alguma resistência, evocando a “falta de jeito”.

Foi explicado que o objetivo não era ser bonito ou feio, apenas que tivesse um significado para quem o construiu.

Avaliação/Apreciação

Apesar da resistência inicial, todos os residentes se envolveram na atividade, uns bastantes focados, alheados até dos comentários que os outros iam dizendo, outros mais atentos aos que os outros iam produzindo.

Fui estando atenta à forma como iam moldando, os pormenores que foram surgindo em algumas produções, a forma como recompunham uma figura que teimava em cair.

Já com um boneco de neve construído (Apêndice IV), o participante R. começou a construir letras, “Feliz Natal” (Apêndice IV). Aos poucos diminuiu a velocidade da sua construção, os movimentos começam a ficar mais lentos e o seu olhar fixo no boneco de neve. Passo por ele e reparo que está a chorar. Pergunto-lhe se está tudo bem, mas não me responde. O grupo apercebe-se da situação e começa a ficar inquieto. De uma forma repentina, e bastante agressiva destrói o boneco de neve, em cima do barro que ainda lhe resta. As lágrimas escorrem-lhe pela cara, mas recusa falar. Digo-lhe que pode ir à casa de banho, e peço ao elemento mais velho para o acompanhar.

Quando regressou, não conseguiu exprimir o que sentia. Ficou sentado, em frente à construção das letras, de olhar fixo e perdido.

Quando mostraram as figuras que construíram e o seu significado diz “Fiz o Feliz Natal, apenas para cumprir a tarefa” (*sic*). Não quis falar do Boneco de Neve.

Foi pedido no final que cada residente fizesse um relatório acerca da atividade.

O participante R. estava na Comunidade há cerca de duas semanas. Entra por consumos de cocaína, mas tem também diagnosticado uma perturbação de hiperatividade e défice de atenção. Faz medicação diária devido a esta condição. Nos últimos dias tem referido várias vezes que tem sonhos muito perturbadores, com a ex-mulher, que está a ser traído. Têm uma filha com um ano.

Escreve no relatório que “(...) senti-me bastante em baixo e triste, pois tinham em mente fazer um boneco para a minha filha no futuro e fui completamente a baixo, pois não consegui fazer nada de jeito devido ao problema de motricidade fina.” (*sic*).

Este foi um momento bastante tenso para o grupo e durante o qual me senti apreensiva. Apesar disso, demonstrei uma postura tranquila de forma a conter a situação. Mais tarde, antes de sair da Comunidade, passei na cozinha, no setor onde se encontrava o R., perguntei-lhe como se sentia, ao que me respondeu “Bem, só preciso de trabalhar muito” (*sic*)

O participante C. apresenta a sua produção, uma árvore de Natal (Apêndice IV) com prendas por baixo. Diz que “A árvore surgiu, recordações de casa. A nossa árvore foi crescendo, tornando-se de ano para ano mais vistosa. Senti-me bem durante a atividade, com saudades de casa, dou agora mais valor aquele lar” (*sic*)

O participante S. tinha regressado à Comunidade nesse dia, após ir passar o fim de semana com a esposa. Quando chegou estava muito zangado, tinha pedido à equipa para prolongar o tempo em casa ao que esta não acedeu. Visivelmente contrariado, no início da atividade, refere que não tem jeito nenhum para esta arte. Digo-lhe que não é obrigatório participar e que acredito que a sua sabedoria o vai levar a fazer uma peça com significado. Muito focado na atividade, constrói uma torre (Apêndice IV), com pormenores no telhado e nas janelas. De seguida constrói uma esfinge (Apêndice IV). Refere que a atividade foi “agradável, fez-me abstrair de tudo à minha volta (...) já que a minha veia artística é inexistente desde sempre, até achei estranho ter saído alguma coisa que se visse. (...) fiquei satisfeito comigo próprio, porque consegui fazer alguma coisa que se parecesse com algo (...)”. (*sic*).

O participante F. constrói uma cara (Apêndice IV), com muitos pormenores. Foi interessante a forma como trabalhou o barro, desde logo sem qualquer receio, moldando, utilizando bastante água, sujando bastante o lugar onde se encontrava, a sua roupa e o chão. Descreve que “Gostei da experiência do barro, comecei a fazer o formato de uma cara, nariz e orelhas até que me surgiu fazer um bigode igual ao meu pai (...) pensei nele como tenho pensado diariamente, no grupo até já comentei os condicionamentos que adotei devido ao seu autoritarismo (...) foi muito bom, saiu-me

melhor que imaginava. Houve momentos que desfazia o que estava feito (...) senti que o barro era sensível, assim como a vida constrói-se em anos e destrói-se com um toque.” (*sic*).

A participante Z. esteve bastante focada durante a atividade, durante a qual raramente olhou para o grupo ou para o que estavam a fazer. Constrói um presépio (Apêndice IV), com um menino Jesus, a “família”, o burro e o abafador para os aquecer. Descreve a atividade como “Maravilhosa (...) sem saber o que fazer no início, o mexer, o sentir no barro, levou-me até aqui (...) quando terminei olhei em volta e parecia uma criança, toda suja, tudo uma confusão mas muito feliz (...) fiz uma figura de Natal que nunca usei (...) nesta “minha casa” sinto que acaba por ser uma família que me aconchega (...) também retrata a minha família que está lá fora, o afeto, as minhas filhas que estão presentes no meu coração” (*sic*).

O participante L. constrói um pequeno presépio (Apêndice IV), focado desde o início, molda o barro com muita facilidade. Descreve que “gostei muito de trabalhar com o barro, fez-me lembrar dos trabalhos que fazia com a minha filha (...) o presépio representa para mim a família, a união, o nascimento de um filho” (*sic*).

O participante D. esteve sempre atento aos que os outros elementos do grupo estiveram a construir. Fez um Menino Jesus, um Boneco de Neve e o S. José. (Apêndice IV). Descreve “tive sensações muito boas durante a atividade, fiquei emocionado com as figuras que fiz, ficaram bonitas, assim como todas as figuras que o grupo fez. Fiquei com pena do R. fez um boneco de neve tão bonito e depois sentiu-se triste, fiquei com pena dele” (*sic*).

Orgulhosos das peças que construíram, colocaram-nas todas juntas, perto de uma janela, para que possam secar e serem integradas na decoração de Natal na CT (Apêndice IV).

Esta intervenção permitiu a expressão de emoções e sentimentos relativamente à vivência desta quadra natalícia, mas também de alguma forma a expressão do seu mundo interior. Permitiu a partilha de memórias acerca do Natal e inevitavelmente acerca da família. Ao participante P. permitiu a expressão do medo, da frustração e da angústia, que procurou conter durante duas semanas. De referir ainda que um dos participantes, o L. deu continuidade a esta atividade de modelagem, construindo peças que oferece e que tem em exposição na comunidade.

2.3. Caracterização do Campo Estágio – ETET

A ETET, tem como competências executar programas de intervenção local, no que respeita à prevenção dos comportamentos aditivos, bem como à prestação de cuidados integrados e globais a utentes com comportamentos aditivos de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Esta intervenção é realizada em regime de ambulatório, com vista ao tratamento, redução de riscos, minimização de danos e reinserção, assim como à sua referenciação.

São prestados cuidados de saúde mental a pessoas que procuram para si um projeto de recuperação, através de intervenções desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar dirigidas às pessoas e às suas famílias, ajustando as modalidades terapêuticas mais apropriadas a cada situação.

O modelo de cuidados assenta em intervenções individuais ou em grupo, utilizando o método de gestor de caso, o que tem constituído a resposta mais flexível, integradora e efetiva às necessidades das pessoas com comportamentos aditivos e dependências. Ao utente que chega à ETET é-lhe atribuído um gestor de caso, que poderá ser o enfermeiro, médico, psicólogo ou assistente social. Depois de realizar uma avaliação inicial, esse técnico elabora um projeto terapêutico com a pessoa, de acordo com as suas necessidades, articulando-se, durante todo o processo, com a restante equipa multidisciplinar.

A ETET tem implementados diferentes programas farmacológicos, o programa de substituição com metadona, o programa de substituição com buprenorfina, o programa farmacológico com agonista naltrexona e o aversivo dissulfiram. A intervenção direta dos enfermeiros na preparação e administração das dosagens destes medicamentos, constitui em si, momentos privilegiados de intervenção com os utentes.

A ETET colabora ainda com um Centro Hospitalar e participa no rastreio, diagnóstico e tratamento dos utentes com Hepatite C. Quinzenalmente uma equipa constituída por um médico e um enfermeiro desse Centro Hospitalar dirige-se à ETET para realizar o rastreio e o diagnóstico da Hepatite C. A gestão da terapêutica para o tratamento é realizada pela equipa de enfermagem, tal como acontece com os antirretrovirais.

A ETET tem ainda consultas descentralizadas, em quatro Unidades Cuidados de Saúde Personalizados e num Estabelecimento Prisional.

2.3.1. Procedimentos e instrumentos utilizados

Na ETET foi realizado o acompanhamento de quatro utentes com dependência de álcool, em modalidade individual, numa metodologia idêntica à do gestor de caso.

O modelo de gestão de caso, aplicado aos cuidados a pessoas com doença mental, pode ser entendido como um modelo de organização de cuidados que opera com base na filosofia de que todos os aspetos da vida de uma pessoa merecem atenção - necessidades humanas básicas, necessidades de saúde física e as necessidades de tratamento psiquiátrico e reabilitação (Cordeiro & Carvalho, 2020).

Stanhope & Lancaster (2011) argumentam a favor de uma maior qualificação do gestor de caso em enfermagem defendendo que enfermeiros especializados, adotem a metodologia, cuidando de pessoas ou comunidades, sistemas de doença e processos de gestão de resultados.

Esta metodologia encontra-se ainda prevista no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro ESMP (OE, 2018) mencionando no âmbito da sua terceira competência que, o Enfermeiro ESMP: “Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde” (p.21429).

Nos contextos de tratamento de pessoas com problemas de adição, Lopes em 2012, afirma que os enfermeiros ESMP, parecem ser os melhores colocados para prestarem cuidados como gestores de caso com as pessoas com problemas de adição.

Os instrumentos utilizados no plano de intervenção foram um questionário sociodemográfico, a escala de SOCRATES 8-D e a escala CDS, que a seguir se descrevem.

Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico (Apêndice V), que se denominou de Apreciação Clínica em Enfermagem, inclui questões que permitiram realizar a caracterização dos utentes, nomeadamente a idade, habilitações literárias, atividade profissional e o suporte familiar. Inclui ainda questões relativamente ao consumo do álcool, nomeadamente os hábitos de consumo e a função do álcool nas suas vidas.

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

A versão original desta escala é de Miller & Tonigan (1996) e foi adaptada para a população portuguesa por Janeiro, Faísca e Miguel (2007), na versão 8-D (Anexo VII). A escala está recomendada para ser utilizada em contexto clínico como em projetos de investigação para a avaliação da motivação para a mudança, um foco importante no tratamento.

Nesta versão, o questionário é composto por 17 itens: reconhecimento do problema (6 itens); ação (7 itens); ambivalência (4 itens). Cada frase descreve o modo como cada indivíduo pode sentir-se, no momento, sobre o seu consumo de álcool, sendo as alternativas de resposta avaliadas em escala do tipo *Likert* (discordo muito, discordo, indeciso, concordo e concordo muito) em que foi atribuída uma pontuação de 1, 2, 3, 4 e 5 respetivamente.

Na subescala reconhecimento do problema, a cotação apresenta um intervalo de valores de 6-30, na subescala ação, um intervalo de 7-35 e na subescala ambivalência, um intervalo de 4-20.

A pontuação obtida pelos indivíduos em cada subescala é situada em termos de percentis entre 10 (nível muito baixo) e 90 (nível muito alto): o percentil médio (50%) para o reconhecimento é de 26; o percentil médio (50%) para a ação é de 33 e o percentil médio (50%) para a ambivalência é de 15.

Relativamente à interpretação dos resultados, no que diz respeito ao reconhecimento do problema, pontuações altas indicam que existe reconhecimento dos problemas relacionados com o consumo, que o utente espera que a situação se agrave se nada fizer e demonstra tendência a expressar o desejo de mudança e pontuações baixas indicam a ausência de desejo de mudança, negação das consequências do consumo e rejeição de diagnósticos. No que diz respeito à ação, pontuações altas significam que o cliente já está a fazer algo para mudar em relação ao seu consumo de álcool e pode ter realizado algumas mudanças com sucesso, o utente pode solicitar ajuda para manter a mudança e prevenir recaídas e pontuações baixas significam que o utente não está a fazer nada para mudar. No que diz respeito à ambivalência, pontuações altas indicam que o utente por vezes se questiona acerca da sua capacidade para controlar o consumo, do impacto e consequências do mesmo, revelando incerteza o que pode indicar alguma abertura à reflexão e pontuações baixas mostram que o cliente não se questiona acerca da sua capacidade para controlar o consumo, do impacto e consequências do mesmo.

Ainda relativamente à interpretação dos resultados, que tem por referencial teórico o modelo transteórico de mudança, os utentes devem ser situados nos estádios de mudança em função do percentil obtido no reconhecimento do problema e ação, conforme o constante na seguinte tabela:

Tabela 3. Guia interpretativo de acordo com o modelo transteórico

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

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

Segundo os autores, os resultados da avaliação da motivação podem ser apresentados ao utente, podendo este momento ser aproveitado para destacar como este se situa relativamente à motivação para o tratamento e, desta forma, tornar a motivação um foco terapêutico. Utilizando as técnicas da EM o momento da devolução de resultados deverá ser aproveitado para mobilizar os utentes menos motivados para a mudança ou fortalecer o compromisso para a mudança nos utentes no estágio de Ação.

Escala de Consequências da Dependência de Substâncias

A escala Consequências da Dependência de Substâncias (CDS) foi validada em Portugal por Seabra, Amendoeira, Sá e Capelas (2018), é um instrumento que permite avaliar as consequências do consumo de substâncias e planear os cuidados de enfermagem em 4 dimensões: fatores psicológicos e familiares, fatores físicos e cognitivos, fatores económicos e laborais e fatores de autocuidado (Anexo VIII). Composta por 16 itens, com escala tipo *Likert* de 5 pontos, entre grave e nenhum, quanto maior o valor, menor a gravidade. Os resultados das respostas obtidas podem situar-se entre 16 e 80, com o valor 48 referindo-se a 50% dos resultados.

Esta escala é utilizada na ETET, na avaliação inicial para apurar as consequências do consumo de substâncias, constituindo um meio privilegiado de recolha de informação do utente, permitindo a reflexão do impacto do consumo do álcool na sua vida. Os resultados obtidos nesta escala, permitem o levantamento de diagnósticos de enfermagem e realizar um planeamento das intervenções de

enfermagem mais adequadas. Utilizada para a avaliação dos ganhos em saúde, permite evidenciar o contributo das intervenções de enfermagem.

2.3.2. Plano de intervenção desenvolvido

O plano de intervenção, contou com cinco sessões, com a duração de quarenta e cinco minutos.

Como critérios de inclusão foram estabelecidos os utentes com diagnóstico de dependência de abuso de álcool e como critérios de exclusão os utentes com comorbilidades graves, com défices cognitivos muito acentuados e a presença de atividade delirante ou persecutória.

Na primeira sessão foi realizada a caracterização sociodemográfica e aplicadas as escalas SOCRATES 8-D e a CDS de forma a poder estabelecer um plano de intervenção individualizado, considerando o estágio de mudança em que se encontravam e a avaliação das consequências do consumo. Foram ainda levantados os diagnósticos de enfermagem, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (OE, 2016).

Nas sessões intermédias, foi implementado o plano de intervenção individualizado e na última sessão, em colaboração com o utente, foi avaliado o plano de intervenção instituído e aplicada a escala SOCRATES 8-D, de forma a verificar eventuais alterações no estágio de mudança.

Por sugestão do enfermeiro orientador, nas sessões foram utilizados os princípios da EM, nomeadamente as competências nucleares da comunicação (perguntas abertas, afirmar, refletir, resumir, informar e aconselhar) tendo em conta os seus quatro processos sequenciais (ligar, focar, evocar e planear).

Na seguinte tabela é apresentada a caracterização dos utentes.

Tabela 4. Caracterização utentes

	Género	Idade	Situação Profissional	Estado Civil
U*1	Masculino	70 anos	Reforma	Divorciado
U2	Feminino	60 anos	Empregada	Viúva
U3	Feminino	38 anos	Empregada	União Facto
U4	Feminino	47 anos	Desempregada	Solteira

* Utente

Com idades entre os 38 e os 70 anos, três utentes são do sexo feminino e um do sexo masculino. Apesar de duas utentes terem uma atividade laboral, a U2 encontra-se de baixa médica e a U3 encontra-se a trabalhar por conta própria com horário reduzido.

Os resultados obtidos nas escalas SOCRATES 8-D e CDS, na primeira sessão, apresentam-se sistematizados nas seguintes tabelas.

Tabela 5. Resultados primeira sessão escala SOCRATES 8-D

	U1	U2	U3	U4
Reconhecimento do Problema	9 (<percentil 50)	28 (>percentil 50)	28 (>percentil 50)	23 (>percentil 50)
Ação	23 (<percentil 50)	32 (<percentil 50)	35 (>percentil 50)	30 (<percentil 50)
Ambivalência	8 (<percentil 50)	18 (>percentil 50)	20 (>percentil 50)	14 (<percentil 50)
Estádio de Mudança	Pré-Contemplação	Contemplação	Ação	Contemplação

É possível verificar que 75% dos utentes apresentam valores acima do percentil 50 para o reconhecimento do problema, o que pode significar o desejo de mudança, 75% dos utentes não está a fazer nada para mudar (valores abaixo do percentil 50).

No que respeita à ambivalência 50% dos utentes apresenta valores acima do percentil 50 o que pode significar alguma reflexão acerca da sua capacidade para controlar o consumo de álcool, do impacto e das consequências do mesmo. Quando se está ambivalente, está-se mais próximo do processo de mudança.

Tabela 6. Resultados primeira sessão escala CDS

	Pontuação obtida	Itens severidade grave
U1	53	- Problemas relacionamento familiar; - Falta de motivação para a abstinência; - Participação atividades ilícitas.
U2	28	- Tristeza; - Isolamento/solidão; - Ansiedade; - Incapacidade para tomar decisões dia a dia; - Dificuldade cuidar da casa; - Redução atividade física; - Participação atividades ilícitas; - Dificuldade manter emprego; - Dificuldade manter-se financeiramente; - Absentismo no trabalho.
U3	43	- Tristeza; - Isolamento/solidão; - Ansiedade; - Problemas relacionamento familiar; - Redução atividade física.
U4	40	- Tristeza; - Isolamento/solidão; - Dificuldade manter emprego; - Dificuldade manter-se financeiramente; - Absentismo no trabalho.

Relativamente às consequências do consumo de substâncias, é possível verificar que 75% dos utentes apresentam grau de severidade abaixo de 48, o que corresponde a um índice de maior gravidade.

Serão agora descritas as intervenções individualizadas realizadas.

Utente 1

É utente da ETET desde setembro de 2021, por decisão judicial, devido a um processo de violência doméstica. Vem semanalmente para realização do álcool-teste.

De forma semelhante ao que já tinha acontecido na primeira sessão, durante a segunda mantém um discurso pré-contemplativo, não identificando relação entre o consumo de álcool e os seus problemas atuais, familiares, judiciais e financeiros.

O utente não apresenta crítica para a mudança, foi por isso aplicada na segunda sessão a escala AUDIT – Detecção precoce e Intervenção breve no consumo excessivo de álcool, apresentada no Anexo IX (DGS, 2014), de forma a promover a consciencialização do problema.

Durante a realização do AUDIT, o utente desvalorizou os consumos “o que bebo não me faz mal” (*sic*) mesmo quando lhe apresento o resultado, 19 pontos – consumo nocivo e o significado do mesmo. Devolvo os resultados da escala de SOCRATES, “Efetivamente os resultados da escala mostram que não tem intenção de mudar relativamente aos seus consumos de álcool, pois considera que os mesmos não lhe fazem mal. O questionário que respondeu agora, AUDIT, mostra que os seus consumos atuais podem trazer-lhe a curto prazo consequências para a sua saúde física e mental”

Responde com conversa de sustentação “Não tenho problemas com o que bebo, é pouca quantidade” (*sic*). A predominância de conversa de sustentação está associada com a manutenção da situação atual (Miller & Rollnick, 2012).

Quantificamos o que bebe diariamente, cerca de 52g de álcool “Não é isto que me faz mal” (*sic*). Peço que relacione os consumos com a situação atual, o que mudou na sua vida. Responde “não teve nada a ver com o álcool, inventaram tudo”. (*sic*).

É um homem que se sente zangado e refere sentir-se envergonhado por vir à ETET semanalmente “Toda a gente me conhece por aqui”. (*sic*).

Ao longo da sessão fui percebendo que o discurso do utente era no sentido de manter a sua situação atual, o consumo nocivo de álcool não é um problema para ele e a sua tristeza e zanga prende-se com a perda “da sua vida”, familiar, social e financeira. As minhas questões estavam direcionadas para um objetivo, as respostas do utente para outro. Ao longo da sessão fui ficando inquieta e distraída.

Deixei de ouvir o utente algumas vezes, perdida nos meus pensamentos. Estaria efetivamente a ajudar o utente? A necessidade de evocar alguma conversa de mudança seria o caminho correto? Dei conta da falta de parceria com o utente, a partir de determinado momento senti que não estava a acompanhar nas suas preocupações. A minha atitude levou a que o utente se esforçasse cada vez mais para me convencer que os seus consumos de álcool não eram um problema. De alguma forma estava a contribuir para reforçar a sua convicção.

Tomei então a decisão de parar a sessão, não existia um objetivo definido e a minha inquietação era grande. Estaria a respeitar efetivamente a autonomia desta pessoa? De que forma poderia beneficiar o seu bem-estar?

No estágio Pré-Contemplativo, de um modo geral a pessoa não encara o seu comportamento como um problema, consistindo a grande meta dos profissionais de saúde ajudar estes utentes a identificar o problema em causa e questionar o seu comportamento. Para tal o profissional deve dar informação sobre os riscos de continuar a usar a substância (Ferreira-Borges & Filho, 2007).

A prática reflexiva acerca desta intervenção leva-me a considerar que existiu durante o processo Ligar o que Miller & Rollnick (2012) designam por “Armadilha do Foco Prematuro”. Na realidade a minha preocupação foi no sentido conduzir o utente para o que eu considerava ser o problema, sem ouvir antecipadamente as suas preocupações. De acordo com Miller e Rollnick (2012, p. 63) “Se o conselheiro foca depressa de mais durante a discussão, surge a discordância e a pessoa pode desligar-se, tornando-se defensiva.” Parece assim essencial, evitar focar prematuramente os

assuntos que me interessam, neste caso o consumo excessivo de álcool, e que tem menos interesse para o utente. “(...) gastar tempo a ouvir as preocupações da pessoa é útil para a compreender e para construir a relação, que é a base para a ligação e, mais tarde, para a exploração de outros assuntos” (Miller & Rollnick, 2012, p. 63).

Baseada nestas premissas, na terceira sessão, que ocorreu uma semana depois, proponho ao utente que me fale acerca de si. Apenas isso. Aborda com entusiasmo o seu percurso profissional e confessa sentir-se triste e revoltado com a situação atual, o fim do casamento e a situação judicial. Assume que o consumo excessivo de álcool tinha uma função, enfrentar os problemas no casamento. Apesar disso, não considera que o consumo atual seja um problema. No final da sessão, questiono-o se tinha interesse em receber mais alguma informação acerca do consumo do álcool e as suas consequências, o que aceita.

Na quarta sessão, após o resumo da sessão anterior, foi utilizada uma ilustração (Apêndice VI) com informações acerca do consumo do álcool e as suas consequências (tradução da quantidade de álcool puro ingerido e o impacto do álcool no organismo). Esta intervenção psicoeducativa tinha como objetivo a consciencialização do problema e a perceção acerca dos riscos (DGS, 2014; Ordem Psicólogos, 2016; Ferreira-Borges & Filho, 2007) procurando a ambivalência em relação ao consumo do álcool, aumentando assim a prontidão para a mudança (Lee & Lee, 2015; Yeh, Tung, Horng & Sung, 2017).

Nesta sessão foram ainda discutidas com o utente algumas estratégias de redução dos consumos. Apesar de manter um discurso pré-contemplativo, o utente apresenta alguma abertura para o reconhecimento da sua problemática.

Utente 2

A utente chega à ETET para indução do aversivo *Dissulfiram* por dependência de álcool. Muito debilitada, com humor deprimido, emagrecida, vem acompanhada pela irmã, que ficará co-responsável pela utente.

Em 1993, parou consumos de heroína e cocaína, tendo frequentado nessa altura uma CT. Tem registos na ETET de 2015 até 2016, por dependência de álcool e regressa agora com consumos diários de cerca de 96g de álcool puro. Tem como projeto terapêutico a integração numa CT.

Na segunda sessão é perceptível o discurso ambivalente “fico triste por não beber” (*sic*). A utente apresenta algum grau de conflito. Tal como salienta Ferreira-Borges & Filho (2007) a sua motivação é flutuante, oscila entre algo que a impele para

uma mudança e algo que a constrange. O conflito é entre voltar a consumir álcool, procurando a sua função de “anestésiante” (*sic*) ou não voltar aos consumos.

Foi realizado reforço da autoeficácia, lembrando a capacidade que teve para parar consumos de outras substâncias no passado. De forma a estabelecer a ligação terapêutica, a utente é incentivada a falar das suas preocupações, das suas dificuldades e dos seus objetivos.

Em conjunto com a utente, estabeleceram-se estratégias para manter a abstinência, nomeadamente diminuir as idas ao café onde antes consumia álcool. Isto constitui para a utente uma grande dificuldade, já que “é lá que estão os meus amigos” (*sic*). Estabeleceu como objetivo nessa semana, focar-se na mudança de casa.

Na terceira sessão, a utente refere que diminuiu as idas ao café, frequenta-o agora apenas uma vez por dia. Partilha “Penso, o que é que estou aqui a fazer, estão todos a beber” (*sic*). Refere *craving* nesta situação, utiliza como estratégia voltar a casa e dormir. Mantém o discurso ambivalente “O álcool dava-me alegria, mas também faz mal” (*sic*).

De forma a ajudar a utente a lidar com o conflito foi realizada a balança decisional, (Apêndice VII). Este instrumento prático é útil para fornecer ao utente uma imagem completa da sua situação, permitindo explicitar o seu conflito e refletir sobre a possibilidade de mudança (Benyamina, A., 2008; Ferreira-Borges & Filho, 2007).

Na quarta sessão foram essencialmente discutidas com a utente eventuais situações de risco e as estratégias apropriadas a cada uma delas. Embora a situação de alto risco possa ser considerada um fator precipitante de recaída, o que na realidade determina voltar aos consumos é a resposta que este dá à situação. A utilização de uma estratégia de confronto adequada, leva ao aumento da auto-eficácia (Ferreira-Borges & Filho, 2007).

Utente 3

É uma utente que já tinha frequentado a ETET pela dependência de álcool em 2018, tendo integrado uma CT em novembro de 2021, a qual abandonou ao fim de quatro semanas. Com consumos diários de cerca de 144g de álcool puro, vem à ETET para indução do aversivo *Dissulfiram*.

Apresenta comorbilidade depressiva e identifica que o álcool tem a função de “relaxante, é mais fácil lidar com os problemas” (*sic*). Na primeira sessão refere que a dependência do álcool se deve à perturbação depressiva.

De forma a esclarecer a relação existente entre estas duas patologias, na segunda sessão, foi dada informação à utente, que previamente aceitou.

Na terceira sessão, foi realizado com a utente treino de uma técnica de relaxamento, a respiração abdominal, uma estratégia para lidar com a ansiedade. Foram ainda identificadas com a utente, estratégias para a adoção de um estilo de vida mais saudável, nomeadamente a realização de exercício físico (caminhadas) e a mudança de hábitos alimentares.

De facto, um estilo de vida desequilibrado aumenta o risco de recaída, devendo ser promovido o desenvolvimento de atividades gratificantes, a fim de reduzir o sentimento de frustração e aumentar o sentimento de autoeficácia (Lukasiewicz & Peres, 2008).

A prática de exercício físico é importante na gestão de emoções negativas como a ansiedade, insegurança e irritabilidade. Contribui para a formação de uma nova imagem de si, mais saudável, reforçando crenças mais positivas do utente acerca de si mesmo (Junior, 2004).

Na quarta sessão, a utente refere que iniciou caminhadas e modificou alguns hábitos alimentares. Identificou ainda os benefícios da abstinência, da que se realça o respeito por parte das outras pessoas “As pessoas vêem-me com outros olhos” (*sic*).

Utente 4

Com história de consumos de álcool desde os 10 anos de idade, a utente consome diariamente cerca de 140g de álcool puro.

Os primeiros registos na ETET devido à dependência do álcool são de 2011, com períodos de recaída, altura em que abandonou o tratamento. Regressou em setembro de 2021, e tem como projeto terapêutico a integração numa CT. Faz diariamente toma assistida de benzodíapinas e aversivo *Dissulfiram*

Refere que o álcool a ajuda a esquecer os problemas.

Na segunda sessão é perceptível no seu discurso alguma ambivalência relativamente à mudança “Sinto-me sozinha, o álcool ajuda-me a não pensar. Mas sei que me faz mal” (*sic*). É construída a balança decisional com a utente, da qual se destaca, a identificação de uma vantagem de não beber “ter o respeito do meu pai” (*sic*). É uma mulher que tem uma relação disfuncional com o pai, com quem reside. Descreve esta relação como distante, a utente passa grande parte do dia isolada no seu quarto.

Refere que tem como objetivo “arranjar emprego” (*sic*) para ter autonomia financeira. Falamos do que gostaria de fazer quando isso acontecer “viajar de comboio” (*sic*).

De acordo com Miller e Rollnick (2012) o conhecimento do quadro interno de referência da pessoa é fundamental para compreender os seus objetivos e valores nucleares, já que representam uma importante fonte potencial de motivação para a mudança.

Na terceira sessão, a utente define algumas estratégias para manter um estilo de vida mais saudável, nomeadamente fazer caminhadas no parque. Estas saídas seriam ainda benéficas para evitar o isolamento já que os consumos de álcool aconteciam de forma isolada, no seu quarto.

Ainda sem crítica para a sua dependência, refere que um alcoólico “é alguém que bebe logo de manhã, eu bebia porque estava triste” (*sic*)

No final da sessão, com o consentimento da utente, estabelecemos como plano dar-lhe alguma informação sobre o consumo do álcool e as suas consequências, procurando assim a consciencialização do problema e a perceção acerca dos riscos.

Na quarta sessão começa a identificar alguns aspetos positivos da abstinência, nomeadamente a melhoria da relação com o pai, uma maior autonomia “faço as coisas sozinha, sem receio” (*sic*), e o aumento do apetite.

É perceptível por vezes um discurso de mudança “sinto que as coisas estão a mudar, eu estou a conseguir” (*sic*).

No final desta sessão, partilhei com o orientador de estágio a minha satisfação com a esperança que a própria utente demonstrou no seu processo de mudança.

2.3.3. Apresentação dos resultados

Na quinta sessão em conjunto com os utentes foram avaliadas as intervenções realizadas, uma reflexão acerca do seu processo de mudança. Foi ainda aplicada a escala de SOCRATES 8-D de forma a identificar eventuais alterações na motivação para a mudança.

Assim, relativamente aos resultados da escala de SOCRATES, o U1 apresentou aumento das pontuações para o reconhecimento do problema (de 9 para 14), para a ação (de 23 para 28) e para a ambivalência (de 8 para 14). Reconhece que as intervenções foram úteis “a idade não faz companhia à bebida” (*sic*) e “o álcool faz mal à saúde” (*sic*).

Reduziu o consumo diário de álcool (eliminou a bebida branca antes do almoço). O utente apresenta algum reconhecimento do impacto do álcool na sua vida e projeta agora algumas mudanças.

Os resultados da escala de SOCRATES da U2 mostram um aumento das pontuações para o reconhecimento do problema (de 28 para 30), para a ação (de 32 para 34) e para a ambivalência (de 18 para 20).

Avaliou as intervenções como úteis, releva a possibilidade de partilhar sentimentos e receios “Falar ajudou-me porque a enfermeira compreendia o que eu estava a sentir” (*sic*). A utente deixou de frequentar o café onde ocorriam os consumos.

Relativamente à U3, os resultados da escala são idênticos aos iniciais. Devido a um conflito conjugal teve um lapso e nesta sessão a intervenção foi identificar com a utente, estratégias para controlo do *craving*.

Os resultados da escala de SOCRATES da U4, mostram um aumento das pontuações para o reconhecimento do problema (de 23 para 27), para a ação (30 para 33), para a ambivalência (de 14 para 18).

Na última sessão o foco da intervenção foi o ensino acerca do funcionamento de uma CT e os seus objetivos, já que em conjunto com a sua terapeuta, foi decidido a antecipação da sua integração na Comunidade, dada a dificuldade para controlar o *craving*. O pai da utente sinalizou que esta teria voltado aos consumos, o que a mesma confirma. Ainda assim, manifesta o desejo de mudança.

Esta última situação exigiu alguma reflexão em conjunto com a equipa técnica. Os resultados das sessões anteriores, tinham provocado em mim, um sentimento de esperança e satisfação com o processo de mudança desta utente. A confirmação dos seus consumos após algumas semanas de abstinência, levou-me a questionar as minhas intervenções. Foi a partilha destes sentimentos e a discussão em equipa que permitiu um olhar diferente para esta situação, a confirmação do quanto é difícil o processo de mudança.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE EESMP E DE MESTRE

Para Phaneuf (2005) a aplicação do conceito de competência ao domínio da enfermagem, comporta duas exigências principais: a mobilização das capacidades pessoais do enfermeiro e a mobilização dos seus saberes e o saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem.

Por sua vez, Benner (2001) refere que “competências e práticas competentes referem-se aos cuidados de enfermagem desenvolvidos em situações reais” (p. 43).

O Regulamento Nº 515/2018 da OE prevê que, na especificidade da prática de cuidados de saúde mental e psiquiátrica “(...) são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao EESMP desenvolver um juízo crítico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas da especialidade” (p. 21427).

Considero que os contextos onde foram realizados os estágios, reuniram as condições essenciais para iniciar um percurso de desenvolvimento de competências nesta área, em específico no cuidado à pessoa com dependência de álcool.

Na CT, a maior proximidade com os residentes, por vezes no acompanhamento das suas atividades nos setores de trabalho, exigiu uma maior atenção na interação estabelecida, já que todos os momentos eram profícuos para estabelecer uma relação terapêutica. A par disso, foi necessário, nunca esquecer que todos os meus comportamentos e atitudes, poderiam influenciar o outro, podendo em alguns casos servir como modelo, ou existir mesmo uma identificação com as suas figuras parentais.

Este aspeto é realçado por Chalifour (2008, p. 26) quando se refere à qualidade da relação, mencionando que é a exteriorização das atitudes do interveniente que “(...) convida o cliente a adotá-las para si mesmo (...)” identificando como atitudes facilitadoras deste processo a compreensão, a empatia a autenticidade e o respeito caloroso.

A exigência deste clima relacional, implicou um trabalho diário de reflexão e partilha de dificuldades, receios e inquietações com a enfermeira orientadora. Estes momentos foram fundamentais para a compreensão do outro, mas sobretudo para o meu autoconhecimento e crescimento.

A participação como observadora nos grupos terapêuticos, o espaço onde se expressam sentimentos, onde se resolvem conflitos, onde se confrontam os

comportamentos, dos residentes e dos técnicos, permitiu o tomar consciência das minhas reações, das minhas emoções e até de resistências, um “dar conta” que foi fundamental para o meu crescimento pessoal e profissional.

Os jornais de aprendizagem realizados ao longo deste período, constituíram uma ferramenta essencial para a reflexão sobre situações práticas, o que permitiu um olhar diferente para os acontecimentos, ações e reações, contribuindo para a melhoria do cuidado ao grupo de residentes.

A experiência de trabalhar com o grupo, principalmente em momentos onde a expressão de emoções foi mais intensa, exigiu o desenvolvimento de competências que permitissem a promoção de um ambiente seguro para a libertação de tensões emocionais e para a compreensão do que estavam a vivenciar.

Na ETET, nas intervenções individualizadas, diferenciar os meus objetivos dos objetivos do utente, foi fundamental para dar continuidade ao processo de ajuda. A monitorização dos meus pensamentos, respostas verbais, mas também não verbais foram essenciais para melhorar a relação terapêutica com os utentes.

Quer na CT quer na ETET, para melhor compreensão do estado mental dos utentes e avaliação das suas necessidades, foi fundamental o desenvolvimento de capacidades como a observação e a comunicação, a utilização da técnica da entrevista e a consulta de registos clínicos. Foi ainda essencial a recolha de informação através dos elementos das equipas técnicas, não só dos enfermeiros, mas também de profissionais de outras áreas.

Na CT a impossibilidade de trabalhar apenas com pessoas com dependência de álcool, acabou por se traduzir numa experiência mais enriquecedora, já que neste contexto a dependência de substâncias é considerada uma perturbação complexa da pessoa inteira, sendo o indivíduo visto como o principal responsável pela sua perturbação e a sua recuperação. A dependência é vista assim como um sintoma. Para a reformulação das intervenções que tinham sido previamente planeadas no projeto, foi necessário estudar e compreender os fundamentos deste modelo terapêutico, o que se traduziu no reconhecimento da sua pertinência.

Na CT foi ainda desenvolvido um estudo de caso, a um residente da CT com dependência do álcool. O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação, adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Segundo Coutinho e Chaves (2002), o estudo de caso permite uma visão holística da pessoa, é uma opção metodológica que envolve o estudo intensivo e em profundidade de um caso, no seu contexto natural, recorrendo-se a diversos métodos.

O estudo de caso foi desenvolvido de acordo com referencial teórico Transições de Afaf Meleis, tendo sido mobilizadas as aptidões de comunicação, a técnica da entrevista, a observação e a consulta de registos clínicos do residente. A partir desta avaliação foram identificados diagnósticos de saúde mental segundo a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, definidos os resultados esperados e a implementado um plano de cuidados individualizado.

A escolha da situação deveu-se à procura de uma compreensão mais profunda da possível relação existente entre uma disfunção fisiológica apresentada pelo residente, enurese noturna e diurna, e a dependência do álcool. Era uma situação muito perturbadora para o residente e para o grupo.

Realça-se o contributo da relação de ajuda estabelecida com este residente, para algumas mudanças verificadas no seu comportamento. Foi vítima de maus tratos na infância e em adulto, o que contribuiu para uma dificuldade em manter relações interpessoais. O interesse genuíno em querer conhecer o seu quadro de referência interno, foi fundamental para algumas mudanças diárias que se traduziram na maior facilidade em interagir com os outros residentes e gerir situações do dia a dia, provocadoras de stress.

Na ETET, as intervenções individualizadas implementadas, exigiram também uma adaptação às previamente definidas, um plano de intervenção idêntico para todos os utentes. Foi a experiência do enfermeiro orientador, oriunda do trabalho com pessoas com dependência de álcool, que motivou a mudança do plano inicial, focalizado agora nas necessidades dos utentes. Considero que a utilização dos princípios da entrevista motivacional, contribuiu para os ganhos em saúde obtidos. É uma técnica que exige muita experiência para ser utilizada corretamente, tendo neste contexto sido utilizados apenas princípios, obrigando ainda assim, a um estudo aprofundado e monitorização da sua utilização.

Apointa-se uma limitação nos dois contextos dos ensinamentos clínicos, a impossibilidade de intervenção com as famílias dos utentes. Em qualquer projeto terapêutico, com pessoas com dependência de álcool é de extrema relevância o envolvimento das famílias ou figuras de relação preferencial dos utentes.

Na CT encontram-se preconizadas sessões de família, mas as restrições ainda impostas pela pandemia COVID-19, não permitiram que se realizassem. Ainda assim,

foi possível, assistir às quartas feiras, aos telefonemas dos familiares com a equipa técnica e a alguns telefonemas particulares entre os residentes e os seus familiares, percebendo desta forma dinâmicas e padrões existentes.

A integração nas duas equipas técnicas multiprofissionais foi fundamental, existindo uma parceria não só com os enfermeiros, mas também com profissionais de saúde de outras áreas, com quem foi necessário discutir e encaminhar algumas situações.

Considero assim, que as práticas profissionais desenvolvidas durante os ensinamentos clínicos permitiram o desenvolvimento de competências de EESMP, conforme o previsto no Regulamento 515/2018, desde logo um desenvolvimento pessoal e profissional, alicerçado em processos de autoconhecimento. Foram desenvolvidas ainda competências psicoterapêuticas e psicoeducacionais, conseguindo estabelecer relações de confiança e parceria com os utentes. A relação terapêutica estabelecida com os utentes nos dois contextos foi fundamental para a promoção de algumas mudanças, pequenas por vezes, mas essenciais para poderem encontrar um novo caminho para as suas vidas.

Dada a importância manifestada pelos residentes relativamente às sessões de treino de relaxamento, e os resultados positivos obtidos, após o terminar do ensino clínico na CT, a Equipa Técnica considerou ser importante dar continuidade às mesmas, o que acabou por acontecer, numa periodicidade quinzenal.

Na ETET, no final do ensino clínico, numa perspetiva da continuidade dos cuidados, foi apresentada à equipa técnica e a um elemento de outra equipa do CRI, as intervenções realizadas com os quatro utentes e os resultados obtidos.

No desenvolvimento de competências de Mestre, conforme previsto no Decreto-Lei N^o 74/2006, na procura da excelência da prática profissional, recorreu-se à prática baseada na evidência.

Para sustentar cientificamente as intervenções especializadas desenvolvidas, foi realizada uma revisão profunda sobre o conhecimento atual sobre a problemática. A incorporação de resultados da investigação, permitiu que os participantes beneficiassem de cuidados concordantes com a evidência científica, que se considera ter contribuído para os ganhos em saúde obtidos. A utilização de uma prática reflexiva, uma componente fundamental nos cuidados de saúde baseados na evidência, permitiu uma melhor compreensão do quadro de referência interno do utente, sempre com a preocupação com as questões éticas.

Salienta-se ainda a divulgação das intervenções realizadas nos ensinamentos clínicos e os seus resultados, como oradora, em dois momentos distintos. Em abril de 2022, no 2º Congresso Internacional Associação Portuguesa dos Enfermeiros dos Comportamentos Aditivos – a apresentação da comunicação livre intitulada “Intervenções de enfermagem na promoção da mudança da pessoa com dependência de álcool, numa Equipa Técnica Especializada de Tratamento”, em coautoria com o Professor Orientador e o Enfermeiro Orientador. Em maio, no Seminário de Enfermagem de Saúde Mental da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa/2022 “A formação especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica – continuidades académico-clínicas”, que se realizou em Webinar, com a apresentação “Intervenções Especializadas”.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O consumo de álcool continua a ser uma problemática séria em Portugal, que exige diferentes tipos de intervenção ao nível da implementação de medidas de promoção de saúde, de medidas relacionadas com ao nível da disponibilização, venda e consumo e de respostas ao nível da orgânica dos serviços de saúde para o tratamento das pessoas com dependência do álcool.

O referencial teórico que sustentou as intervenções durante o estágio, reforça que os enfermeiros estão no centro dos processos de transição das pessoas, ao serem facilitadores, apoiam, preparam e ajudam os indivíduos a enfrentar as mudanças ao longo das suas vidas. É através de informações, dos ensinamentos e da promoção de novas competências que contribuem positivamente para o seu processo de cura e recuperação (Meleis 2019).

Na intervenção com a pessoa com dependência de álcool, os enfermeiros de saúde mental e psiquiátrica são detentores de competências especializadas, que lhes permitem intervir ao nível da prevenção, do tratamento, da reinserção e redução de riscos e minimização de danos. É esta ferramenta clínica acrescida que lhe permite compreender os processos de sofrimento, a alteração e perturbação mental da pessoa e do meio onde está inserida, as implicações nos seus objetivos de vida e potencial de recuperação (João, Portela & Cruz, 2020).

As intervenções desenvolvidas nos dois contextos de estágio, permitiram o desenvolvimento de competências ao nível de EESMP e de Mestre, mas essencialmente permitiram o reconhecimento da complexidade do processo de mudança da pessoa com dependência de álcool. O sucesso do tratamento implica uma intervenção em diferentes dimensões, que são necessárias conhecer, compreender e ajudar a compreender. Possibilitaram às pessoas com dependência, adquirir um maior autoconhecimento acerca de si e da sua doença, essenciais para o sucesso do seu tratamento.

A relação terapêutica estabelecida com os utentes, foi crucial para os ganhos em saúde obtidos. Desde o primeiro momento em que se estabelece o contacto com a pessoa é fundamental a utilização de competências relacionais, tais como a aceitação do outro, a empatia e o respeito, pela pessoa e pelo tempo que necessita para percorrer o seu caminho.

O meu percurso surgiu da inquietação, da necessidade de uma compreensão da problemática da dependência do álcool e do desenvolvimento de competências

que me permitissem ajudar a pessoa com esta patologia no seu processo de mudança.

Alicerçada nas competências adquiridas e com vista ao contínuo desenvolvimento pessoal e profissional e de forma a promover uma melhoria dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental, em especial na intervenção com esta problemática, tenho como objetivos desenvolver na minha instituição:

- Ações de prevenção e promoção da saúde mental, através de campanhas de sensibilização/informação acerca do consumo do álcool;

- Rastreio ao nível da Saúde Ocupacional para deteção precoce de fatores de risco promotores do consumo de álcool;

- Referenciação para a Equipa de Saúde Mental de forma a ser definido um projeto terapêutico em conjunto com o utente;

- Implementação de grupos terapêuticos de prevenção da recaída;

- Acompanhamento na reinserção após o tratamento em internamento ou CT.

O projeto é ambicioso, para a sua implementação irão contribuir os profissionais de outras áreas que integram a equipa interdisciplinar, que reconhecem a necessidade de desenvolver de uma forma estruturada, intervenções em diferentes níveis.

Termino, parafraseando um doente com dependência de álcool, que com a sua afirmação, motivou a minha procura, de novas competências e de crescimento “Eu sei qual é caminho, só não sei como percorrê-lo”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adés, J. Lejoyeux, M. (2004). *Comportamentos alcoólicos e seu tratamento*. 2ª Edição. Climepsi Editores.
- Amaral, A. (2020). Um modelo de intervenção em grupo. In: Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.), *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- Amaral, A.; Almeida, E.; Sousa, L. (2020). Intervenção psicoeducacional. In: Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.) *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 5ª ed. Climepsi.
- Anderson P, Gual A, Colom J. (2005). Alcohol and primary health care: Clinical guidelines on identification and brief interventions.
<https://docslib.org/doc/1216077/clinical-guidelines-on-identification-and-brief-interventions>
- 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.
<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MSB-01.6a>
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*. 44(9), pp.1175-1184. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.9.1175>
- Barroso, T. (2020). Entrevista motivacional. In: Sequeira, C & Sampaio, F. (Coord.) *Enfermagem em saúde mental – Diagnósticos e intervenções*. Lidel.
- Bäuml, J.; Fröbose, T.; Kraemer, S.; Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G., (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia. Bulletin* vol. 32 no. S1 pp. S1–S9 <https://doi.org/10.1093/schbul/sbl017>
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito – a excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. (2ª Ed.). Quarteto.
- Benyamina, A. (2008). Modelo Transteórico da Mudança. In: Rahiouni, H. & Reynaud, M., *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções*. Climepsi.
- Chalifour, J. (2008). A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existenciais humanistas da relação de ajuda. (Volume 1). Lusodidata.

- Chang, C.; Wang, T.; Chen, M.; Liang, S.; Whu, S.; Bai, M., (2020). Factors influencing readiness to change in patients with alcoholic liver disease: A cross-sectional study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 28 pp. 344–355 <https://doi.org/10.1111/jpm.12677>
- Choe, K., Sung, B.J., Kang Y., & Yoo, S. (2016). Impact of psychoeducation on knowledge of and attitude toward medications in clients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Perspect Psychiatric Care*, 52(2), pp. 113-119. <https://doi.org/10.1111/ppc.12106>
- Collière, M. (2003). *Cuidar... A Primeira arte da vida.* (2ª Edição). Lusociência
- Cordeiro, R. & Carvalho, J. (2020). Gestão de caso e stepped care em enfermagem de saúde mental. *Saúde e Ciência* pp.12-19. <https://www.researchgate.net/publication/344844525>
- Coutinho, C. & Chaves, J. (2002) O estudo de caso na investigação em tecnologia educativa em Portugal. *Revista Portuguesa de Educação*, 15 (1), 221-243. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/retrieve/940/Clara%20Coutinho.pdf>
- Davis, M.; Eshelman, E.; McKay, M. (1996). *Manual de Relaxamento e Redução do Stress.* Summus.
- De Leon, G (2000) *A Comunidade terapêutica – Teoria, modelo e método.* Edições Loyola
- Decreto-Lei Nº 74/2006 (2006) Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República Nº 60/2006*, Série I-A de 24 de março de 2006
- Dermer, S.; Hutchings, J. (2010) Utilizing movies in family therapy: Applications for individuals, couples, and families. *The American Journal of Family Therapy*, 28:2, 163-180. <https://doi.org/10.1080/019261800261734>
- Direção Geral de Saúde (2014) Norma – *Deteção precoce e intervenção breve no consumo excessivo de álcool* (versão atualizada).<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/detecao-precoce-e-intervencao-breve-no-consumo-excessivo-de-alcool.pdf>
- Ferraz, M. (2009). *Terapias Expressivas Integradas.* Tutitirév Editorial.
- Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (2004). Caracterização e perspetivas históricas. In: Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (Coord.) – *Usos, abusos e dependências - Alcoolismo e toxicodependência.* Climepsi

- Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (2007). *Intervenções breves. Usos, abusos e dependências. álcool e outras drogas. Estratégias de ajuda para mudar o comportamento*. Manual técnico 5. Climepsi Editores.
- Figueiredo, M.; Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. Vol. VI, N.º 2, 2018, pp. 102-107 <https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/2590/1/O%20ESTUDO%20DE%20CASO%20COMO%20M%C3%89TODO%20DE%20INVESTIGA%C3%87%C3%83O%20EM%20ENFERMAGEM.pdf>
- Figueiredo, A.; Souza, L.; Dell’Aglia, J.; Argimon, I. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do Transtorno Bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*. Vol. XI, nº 1, pp. 15-24. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100003
- Gigliotti, A., Bessa, M. (2004). Síndrome de dependência do álcool: Critérios diagnósticos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. (nº 26 – I). pp. 11-13. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462004000500004>
- Guerra, M.; Lima, L.; Torres, S. (2013). *Intervir em grupos na saúde*. Climepsi.
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2020). *Inquérito nacional de saúde, 2019*. Instituto Nacional de Estatística
- Ismail, F. (2014). Alcoolismo. In: Figueira et al. (coord.) *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lidel.
- Janeiro, L., Faísca, L., & Miguel, M. (2007). *Manual da SOCRATES 8D: Guia de aplicação e interpretação; contributo para a adaptação à população portuguesa*. In: Manuscrito não publicado, Universidade do Algarve e Universidade de Sevilha
- João, H., Portela, P., Cruz, V. (2020). In: Sequeira, C. & Sampaio, F. (Coord.) *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. Lidel
- Junior, E. (2004). Dependência Química. In: Knapp, P. et al. *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica*. Artmed
- Khan, A.; Tansel, A.; White, D.; Kayani, W., Bano, S.; Lindsay, J.; El-Serag, H. & Kanwal, F. (2015). Efficacy of psychosocial interventions in inducing and maintaining alcohol abstinence in patients with chronic liver disease: A systematic review. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2015.07.047>

- Kessler, F. (2009). Do “acaso” do uso de drogas ao “descaso” dos comportamentos de risco. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31 (3) pp.135-137.
https://www.researchgate.net/publication/262443375_From_chance_of_drug_use_to_negligence_of_risk_behaviors
- Lee, S., Lee, J. (2015). The effect of automatic attentional bias modification on alcohol ambivalence. *Addictive Behaviors* (46) pp. 58–64
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.03.010>
- Lei Nº 36/98 (1998). Contém as alterações da Lei 49 de 2018 de 14 de agosto. Estabelece os princípios gerais da política de saúde mental e regula o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, nomeadamente das pessoas com doença mental. *Diário da República – I Série-A Nº 169* de 24 de julho de 1998.
- Lemes, C; Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Trends in Psychology / Temas em Psicologia - Vol. 25, nº 1*, 17-28
<https://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-02>
- Lopes, J. (2012). Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso. A experiência vivida da pessoa com problemas de adição. (Tese de Doutoramento em Enfermagem).https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7296/1/ulsd063772_td_Joaquim_Lopes.pdf
- Lukaszewicz, M. & Peres, M. (2008). Prevenção da Recaída. In: Rahiouni, H. & Reynaud, M., *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções*. Climepsi.
- Lukens, E. & McFarlane, W. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention* Vol. 4 Nº 3 <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhh019>
- Magill, M; Martino, S. & Wampold, B. (2021). The principles and practices of psychoeducation with alcohol or other drug use disorders: A review and brief guide. *Journal of Substance Abuse Treatment* 126 (2021) 108442.
<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108442>
- Mariano, R.; Guzmán H.; Maia, R.; Urgnanni, M.; Dutra, M.; Leonel, W.; Junior, O, (2000). Alcoolismo: Uma revisão da literatura interdisciplinar publicada no Brasil. *Iniciação Científica Cesumar*. Agosto-dezembro. (2) Nº 2 pp. 77-83.
https://rdu.unicesumar.edu.br/bitstream/123456789/8711/1/Maria_Luiza_Dutra_Santos.pdf

- Matsuda, M. & Kohno, A. (2016). Effects of nursing psychoeducation program on the acceptance of medication and condition – Specific knowledge of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 30 (5), pp. 581-586. [:https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.008](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.03.008)
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. (2010). Facilitating transitions: Redefinition of the nursing mission. In: Meleis, A. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A.; Sawyer, L.; Im, E.; Messias, D. & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. In: Meleis, A. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development & progress*. (5th Edition). Lippincott Williams & Williams.
- Meleis, A. (2019). Facilitating and managing transitions: An Imperative for quality care. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21 (1), 1-6 <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie21-1.famt>
- Mello, M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Direção Geral de Saúde.
- Menezes, S. & Souza M. (2012). Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46 (1), pp. 124-131
- Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional – Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos*. Artmed
- Miller, W & Rollnick, S. (2012). *Entrevista motivacional – Preparando as pessoas para a mudança*. 3ª Edição. Climepsi
- Morgenstern, J.; Naqvi, N.; Debelleis, R.; Breiter, H. (2013). The contributions of cognitive neuroscience and neuroimaging to understanding mechanisms of behavior change in addiction. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), pp. 336–350. <https://doi.org/10.1037/a0032435>
- Moutinho, L. (2018). Consumo de álcool: da experimentação precoce ao consumo de risco. (Tese de Doutoramento em Enfermagem). https://repositorio.ul.pt/jspui/bitstream/10451/34563/1/ulsd731978_td_Lidia_Moutinho.pdf

- Muccino, G. (realização) & Smith, W.; Black, T; Blumenthal, J.; Lassiter, J. & Tisch, S. (2006). *The Pursuit of Happiness*.
https://cincartaz.publico.pt/Filme/166269_em-busca-da-felicidade
- Myers, B., van der Westhuizen, C., Naledi, T., Stein, D. & Sorsdahl, K., (2016). Readiness to change is a predictor of reduced substance use involvement: findings from a randomized controlled trial of patients attending South African emergency departments. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0742-8>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código deontológico do enfermeiro – Dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão Oficial em Português - 2015. Lusodidacta
- Ordem dos Enfermeiros. Regulamento N° 356/2015. Define os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental. Assembleia da República. *Diário da República*, 2ª Série. N° 122 – 25 de junho de 2015
- Ordem dos Enfermeiros (2018) Regulamento N° 515/2018 – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica. Assembleia da República. *Diário da República*, 2ª série – N° 151 – 7 de agosto de 2018
- Ordem dos Psicólogos (2016). Guia orientador da intervenção psicológica nos problemas ligados ao álcool.
https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/guia_alcool.pdf
- Païn, S.; Jarreau, G. (2001). *Teoria e técnica da arte-terapia – a compreensão do sujeito*. Artmed
- Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento – Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. 2ª Edição. Lusociência.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1983). Stages and processes of self- -change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395
- Prochaska, J.; DiClement, C.; Norcross, J. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, (7), 1102-1114

- Rahiouni, H., & Reynaud, M. (2008). Terapias cognitivo-comportamentais e adicções. Climepsi.
- Rogers, C. (1987). *Um jeito de ser*. E.P.U.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. (7ª edição). Moraes.
- Sadock, B; Sadock, V. & Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria – Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. 11ª edição. Artmed.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (2010). Transitions: A Central Concept in Nursing. In: Meleis, A. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.
- Seabra, P., Amendoeira, J., Sá, L., & Capelas, M. (2018). Clinical validation of the Portuguese version of “substance addiction consequences” derived from the nursing outcomes classification. *Issues in Mental Health Nursing*, 9(39), 779–785. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1462870>
- Sena, A. & Ferret-Sena, V. (2004). Neurobiologia do uso de álcool e outras drogas. In: Ferreira-Borges, C. & Filho, H. (coord.) – *Usos, Abusos e Dependências - Alcoolismo e Toxicodependência*. Climepsi.
- Sequeira, C. (2016). Entrevista motivacional In: Sequeira, C., *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. Lidel.
- Sharp, C.; Smith, J. & Cole A. (2002). Cinematherapy: Metaphorically promoting therapeutic change. *Counseling Psychology Quarterly* 15:3, pp. 269-276 <https://doi.org/10.1080/09515070210140221>
- Sholt, M. & Gavron T. (2006). Therapeutic Qualities of Clay-work in Art Therapy and Psychotherapy: A Review. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 23(2) pp. 66-72 (artigo disponibilizado na UC Técnicas Expressivas na Intervenção Terapêutica)
- SICAD (2013). *Plano nacional para a redução dos comportamentos aditivos e das dependências 2013-2020*. SICAD.
- SICAD (2020) *Relatório anual 2019 – A situação do país em matéria de álcool*. SICAD.
- Sousa, A. (2005). *Psicoterapias Activas (Arte-Terapias)*. Livros Horizonte
- Souza, J., Jeronymo D., & Carvalho, A. (2005). Maturidade emocional e avaliação comportamental de crianças filhas de alcoolistas. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), pp. 191-199. <https://www.scielo.br/j/pe/a/6R5mSdgX8kR8bqWZRZ3WPMq/>

- Srivastava P. & Panday R. (2016). Psychoeducation an effective tool as treatment modality in mental health. *The International Journal of Indian Psychology*. Volume 4, Issue 1, No. 82 October-December, 2016. (p. 123-130) https://www.researchgate.net/publication/318461551_Psychoeducation_an_Effective_Tool_as_Treatment_Modality_in_Mental_Health
- Stanhope, M. & Lencaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública – Cuidados de saúde na comunidade, centrados na população*. 7ª ed. Lusociência.
- Stratton, V. N., & Zalanowski, A. H. (1984). The relationship between music, degree of liking, and self-reported relaxation. In: *Journal Music Therapy*, vol 21, Issue 4, pp.184–192. <https://doi.org/10.1093/jmt/21.4.184>
- Sudhir, P. (2018). Cognitive behavioural interventions in addictive disorders. *Indian Journal of Psychiatry*. (60) (Supplement 4). https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_15_18
- Szupczynski, K., & Oliveira, M. (2008). O Modelo transteórico no tratamento da dependência química. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 162-173.
- Valladares, A., Lima, A., Lima, C., Santos, B., Carvalho, I. & Tobias, G. (2008). Arteterapia: criatividade, arte e saúde mental com pacientes adictos. In *Jornada Goiana de Arteterapia*, 2. https://www.researchgate.net/publication/269095218_ARTETERAPIA_CRIATIVIDADE_ARTE_E_SAUDE_MENTAL_COM_PACIENTES_ADICTOS_1
- Vinogradov, S. & Yalow, I. (1992). *Manual de Psicoterapia de grupo*. Artes Médicas.
- White, W. & Miller, W. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for change. *Counselor*, 8(4), 12–30.
- Whitlock E., Polen M., Green C., Orleans T. & 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 pp. 557-568.
- Wise, R; Koob, G. (2014). The Development and maintenance of drug addiction. *Neuropsychopharmacology* 39 (2), pp.254–262 <https://doi.org/10.1038/npp.2013.261>
- Wolz, B. (2003). Cinematherapy – *Using the Power of Movies for the Therapeutic Process*. <https://www.cinematherapy.com/birgitarticles/ctusingpower.html>
- World Health Organization. (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th ed. Geneve. <https://icd.who.int/browse10/2010/en>

- World Health Organization (2021). *Global alcohol action plan 2022-2030 to strengthen implementation of the Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol - First draft*. <https://www.who.int/publications/m/item/global-action-plan-on-alcohol-1st-draft>
- Yeh, M. & Tung, T. & Horng, F. & Sung, S. (2017). Effectiveness of a psychoeducational programme in enhancing motivation to change alcohol-addictive behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 3724–3733. <https://doi.org/10.1111/jocn.13744>
- Zagonel, I. (1999). O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem. *Revista Latino- -Americana Enfermagem*, 7(3): 25-32. Ribeirão.
- Zanelatto, N.; Sakiyama, H, (2011). Terapia Cognitivo-Comportamental das Habilidades Sociais e de Enfrentamento. In Diehl, A.; Cordeiro, D.; Laranjeira, R. e colaboradores. *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas*. Artmed
- Zanoti-Jeronymo D. & Carvalho (2005). Alcoolismo parental e suas repercussões sobre crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. SMAD, *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas* (1) Nº 2. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000200007

APÊNDICES

Apêndice I

Questionário de avaliação inicial

Nome: _____ Data: _____

TA Inicial _____

FC Inicial _____

**Como se está a sentir?
(antes de iniciar a sessão)**

- **Determinado**
- **Otimista**
- **Calmo**
- **Ansioso**
- **Preocupado**
- **Indiferente**
- **Assustado**
- **Triste**
- **Desanimado**
- **Zangado**
- **Outro sentimento** _____

Apêndice II

Questionário de autoavaliação final

E agora, como se está a sentir?

(após terminar a sessão)

TA Final _____

FC Final _____

- Determinado
- Otimista
- Calmo
- Ansioso
- Preocupado
- Indiferente
- Assustado
- Triste
- Desanimado
- Zangado
- Outro sentimento _____

Apêndice III

**Gráficos com avaliação Tensão Arterial
e Frequência Cardíaca**

Gráfico 1. Valores Tensão Arterial e Frequência Cardíaca – Sessão 1

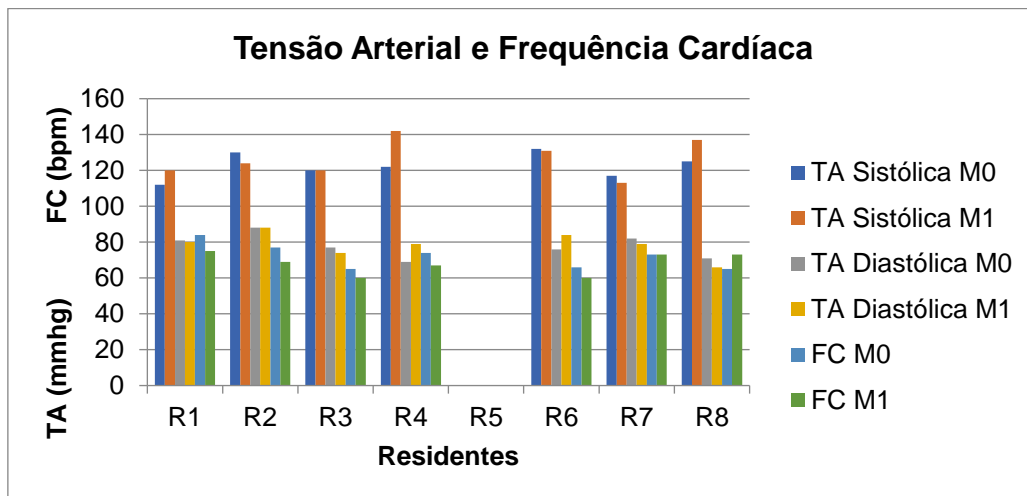


Gráfico 2. Valores Tensão Arterial e Frequência Cardíaca – Sessão 2

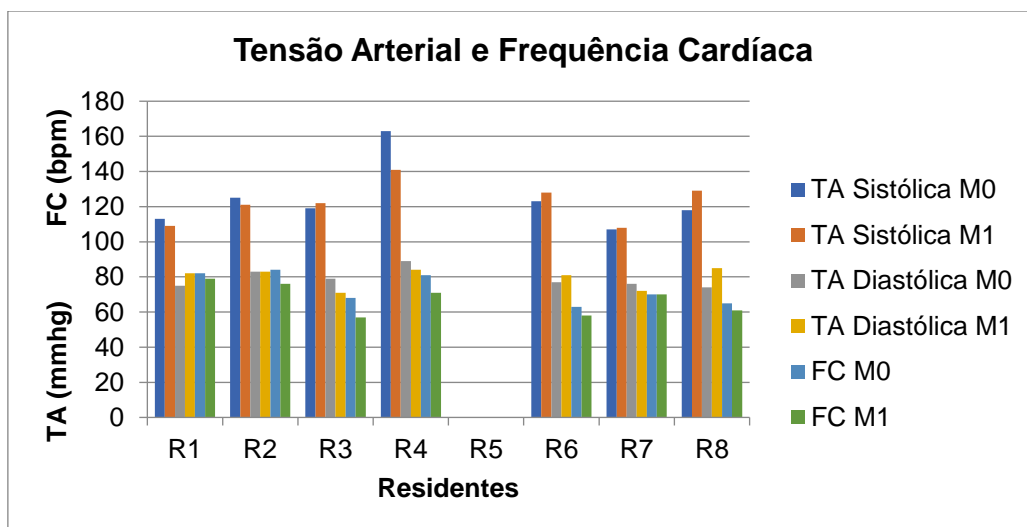


Gráfico 3. Valores Tensão Arterial e Frequência Cardíaca – Sessão 3

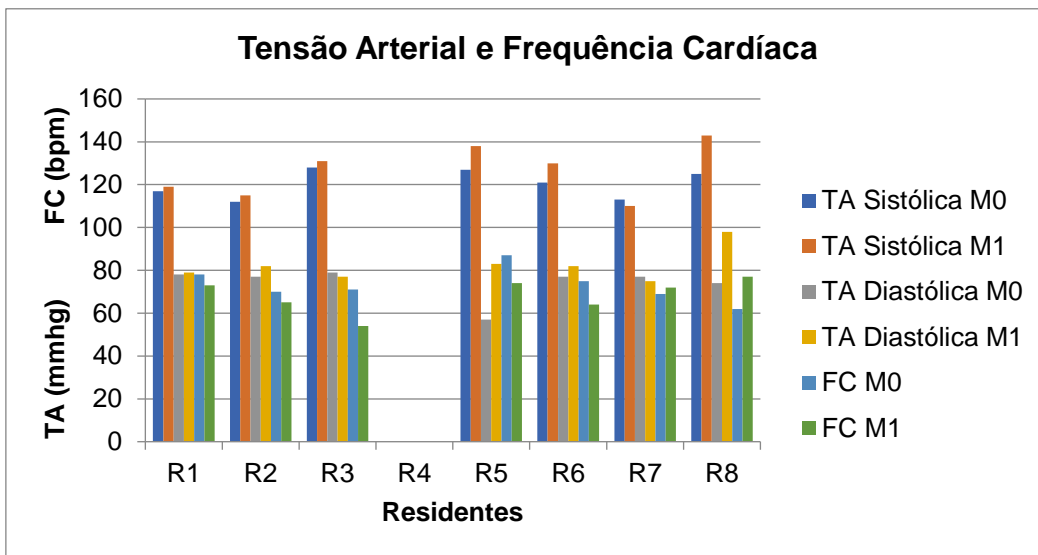
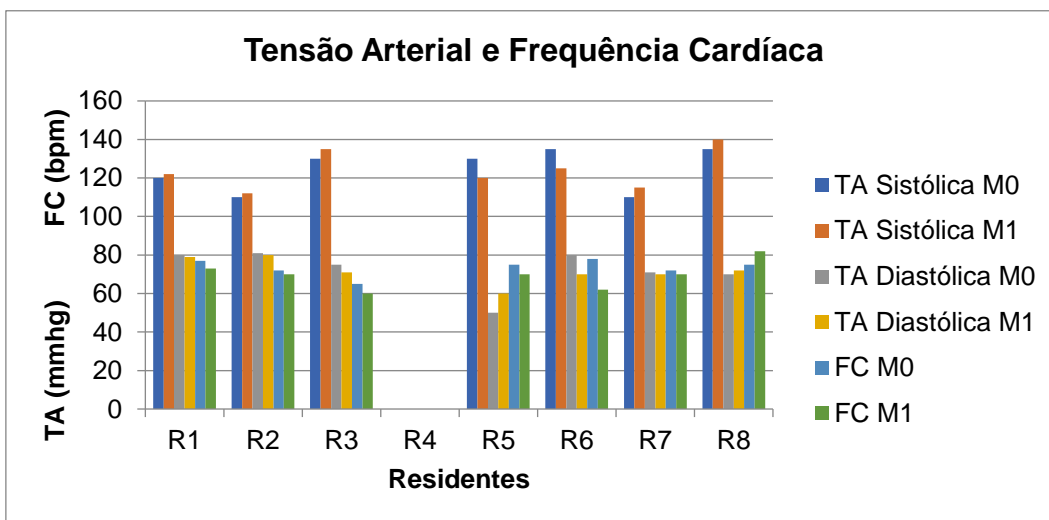


Gráfico 4. Valores Tensão Arterial e Frequência Cardíaca – Sessão 4



Apêndice IV

Produções de argila



O presépio de L.



A árvore do Natal de C.



O presépio de D.



O presépio de Z.



A torre e a esfinge de S.



A "cara" de F.



O boneco de neve de R.



O Feliz Natal de R.

Apêndice V

Apreciação clínica de enfermagem

Apreciação Clínica de Enfermagem

Data: ___/___/20___

1. Dados Biográficos

Nome Utente _____ Idade _____

Estado civil _____ Escolaridade _____ Profissão _____

Situação Laboral _____ Rendimento económico _____

Área Residência _____

2. Genograma

Com quem vive/condições de habitabilidade _____

(Antecedentes familiares relevantes/tipo de relacionamento com os vários elementos da família/Rede social)

3. Antecedentes Pessoais

INTERNAMENTOS		
Local	Período	Motivo

História de Alergias _____

4. Hábitos de Consumo

CO-MORBILIDADE CONHECIDA		
Doença	Desde	Medicação

Tipo de Bebida Alcoólica _____ Quantidade diária _____

Padrão de Consumo (Frequência e Horários)		
Lugares públicos	Habitualmente sozinho	Diária
Casa	Habitualmente acompanhado	Episódica
Misto	Não se aplica	Fins semana

História de consumos

1º contacto	Início consumos regulares	Início da dependência/consumo problemático	Período de Abstinência	Recaídas
(Idade)	(Idade)	(Idade)	(Data)	(Data)

Função do álcool na sua vida _____

Outras substâncias Psicoativas

Substância	Início (idade)	Dependência (idade)	Modo Administração	Quantidade	Periodicidade

5. Instrumentos de avaliação

Escala das Consequências da Dependência das Substâncias: _____

SÓCRATES D _____

Apêndice VI

Ilustração com informação acerca do álcool



Capacidade do Copo	3 dl	1,65 dl	0,5 dl	0,5 dl
Conteúdo de Álcool Puro	12 g	12 a 13 g	10 a 12 g	14 a 16 g

Conversão do volume de álcool em gramas

Podemos converter qualquer volume de álcool em gramas, considerando que cada mililitro de álcool, tem 0.8 g de álcool puro.

$$\text{Gramas de álcool puro} = \frac{\text{Quantidade consumida} \times \text{n}^\circ \text{ graus} \times 0.8}{100}$$

Exemplo: Quantas gramas de álcool puro de 1 litro de vinho com 12°?

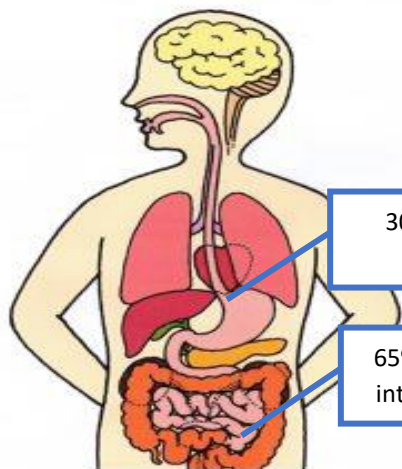
$$\frac{1000 \text{ ml} \times 12 \times 0.8}{100} = 96\text{g}$$

- 18 e 64 anos – 20 g álcool puro
- Após 65 anos – 10 g álcool puro



Em qualquer idade 10 g de álcool puro

Percurso álcool no organismo



30% absorvido
estômago

65% absorvido no
intestino delgado

Através da corrente sanguínea atinge:

- Fígado
- Cérebro
- Rins
- Coração
- Músculos

Eliminação (10%)

- Pelos pulmões (ar expirado)
- Suor
- Urina

Degradação restantes 90%:

- A nível do fígado

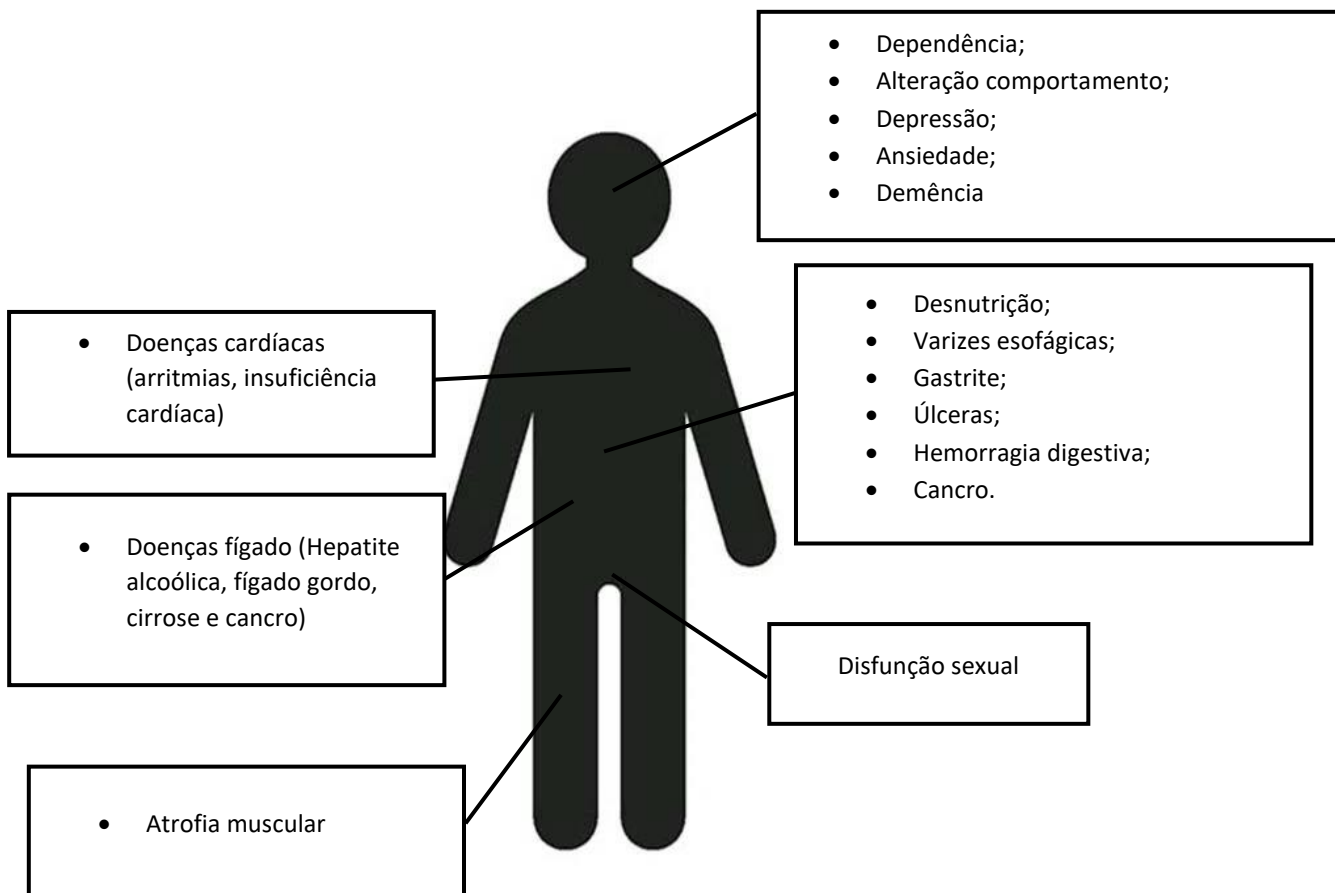


Consequências do consumo álcool no organismo

Consequências agudas:

- Fala arrastada, sonolência;
- Vômitos;
- Dor de cabeça;
- Visão e audição alteradas;
- Alteração da capacidade raciocínio;
- Falta de atenção, alteração da percepção e coordenação motora;
- Falhas de memória do que aconteceu enquanto estava sob a influência do álcool;
- Perda dos reflexos, perda de julgamento da realidade;
- Coma alcoólico;
- Lesões devido a acidentes.

Consequências crônicas:



Apêndice VII

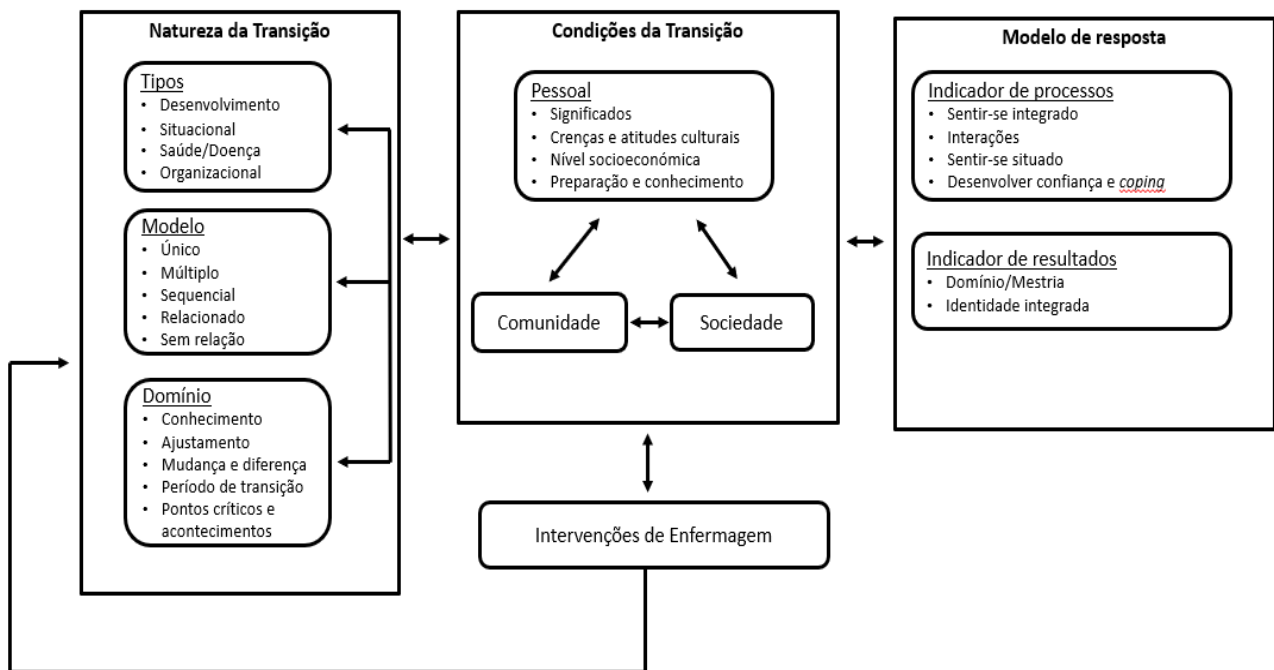
Balança Decisional

Vantagens continuar a beber	Vantagens parar de beber
Desvantagens continuar a beber	Desvantagens parar de beber

ANEXOS

Anexo I

Diagrama da Teoria das Transições de Afaf Meleis



Adaptado de Meleis, *et al*, 2010

Anexo II

Plano semanal de atividades terapêuticas

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta		Sexta	Sábado	
Manhã	Passagem serviço	Passagem serviço	Passagem serviço	Passagem serviço		Passagem serviço	Grupo Prevenção Recaída (quinzenalmente)	Dia do ex-residente (anual)
	Reuniões de fase Preparação 1ª fase 2ª fase 3ª fase 4ª fase	Reunião de Equipa	Grupo de encontro	Grupo de Bioenergia Reunião fase preparação		Grupo de encontro Reunião fase preparação		
Tarde	Grupo de encontro Reunião fase preparação		Pequenos Grupos	Pequenos grupos terapêuticos e/ou seminários temáticos		Reuniões de preparação de fim-de-semana		
Outros		Sessões de família		14h30: Grupo de admissões 18h00/20h00: Grupo de pais/grupo de cônjuges				

Adaptado ARSLVT – Folheto informativo (s.d) disponível CT

Anexo III

Horário Comunidade Terapêutica

Horário

07h00	Acordar/Higiene pessoal	(09h30 sábado e domingo)
07h15	Setor cozinha inicia preparação pequeno almoço	(09h45 sábado e domingo)
07h30/08h15	Todo o grupo na sala de estar/pequeno almoço/ intervalo	(10h00 sábado e domingo)
08h15/08h25	Passeio da manhã	
08h25/08h40	Reunião da manhã	
08h40/09h00	Intervalo /Setor cozinha vai fazer as suas camas	
	Todo o grupo na sala de estar para organização dos setores de trabalho	
09h00	Setores de trabalho	
09h15	Setor Cozinha – Pequeno almoço Gabinete dos técnicos	
10h00/10h15	Intervalo – Chá	
10h15	Setores trabalho	
11h30/11h40	Intervalo	
11h40	Setores trabalho	
12h45	Intervalo	
13h00	Almoço	(13h30 sábado e domingo)
14h15	Setores de trabalho	
15h30/15h40	Intervalo	
17h00	Fim dos setores de trabalho (16h45 nos dias em que há desporto)	
17h00/17h50	Desporto (segunda feira/quarta feira/sexta feira)	
17h15/17h30	Lanche (18h15 nos dias em que há desporto)	
18h00	Início dos banhos (18h30 nos dias de desporto)	
18h30	Setor casa – manutenção do Gabinete dos técnicos com o responsável (quinta-feira – limpeza a fundo)	
20h30	Jantar	
22h30	Deitar	(00h30 sábado e domingo)
	Setor casa – fechar janelas e portadas	
	Coordenador – fecha as portas da casa (entrada, oficina e cozinha) e verifica se a casa está segura	
23h00	Deitar obrigatório/higiene pessoal	(01h00 à sexta feira e sábado)
23h30	Silêncio	(01h30 à sexta feira e sábado)

Adaptado - Horário disponível CT

Anexo IV

Fases do programa terapêutico

Fases do Programa Terapêutico

Fases/duração	Objetivos
Fase de preparação (até 1 mês)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação e paragem dos comportamentos associados ao estilo de vida inerente ao consumo de substâncias e dependências; • Motivação para o tratamento; • Integração no grupo; • Tomada de decisão.
1ª fase (3 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Separação/luto da substância do estilo de vida anterior; • Conhecimento e aceitação de si próprio; • Conquista de um lugar na CT; • Identificação dos objetivos do tratamento.
2ª fase (3 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da responsabilização por si e pelos outros; • Conquista de um papel na CT; • Experimentação de novas atitudes, capacidades e relações; • Reparação de atitudes e comportamentos do passado (sessões de família, pagamento de dívidas, etc.).
3ª fase (2 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Construção do projeto pessoal de vida; • Aumento de autonomia pessoal e maior abertura ao exterior.
4ª fase (2 a 6 meses)	<ul style="list-style-type: none"> • Definição do plano de concretização do projeto vida; • Concretização de movimentos preparatórios da saída da CT: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Emprego/estudo ✓ Procura de habitação ✓ Acompanhamento terapêutico pós CT • Elaboração da separação da CT.
Após a saída da CT	<p>Os residentes podem participar no Grupo de Prevenção da Recaída, que se realiza mensalmente, onde em conjunto com os residentes da 4ª fase, partilham experiências num princípio de interajuda, procurando pensar as suas escolhas, os riscos e os fatores de proteção.</p>

Adaptado ARSLVT – Folheto informativo (s.d) disponível CT

Anexo V

Guião Treino Relaxamento Progressivo

Guião do Treino de Relaxamento Progressivo
(versão modificada de Bernstein & Borkovec de 1973¹)

Início da sessão de relaxamento:

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

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

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

RESPIRAÇÃO (Respiração Abdominal – Tensão para fora, paz para dentro)
Vamos então começar:

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

Agora...Inspirem... Expirem... Inspirem... Expirem... Inspirem...Expirem...

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

BRAÇOS
(Aranha)

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

¹ Payne, R. (2003) *Técnicas de Relaxamento – Um Guia Prático para Profissionais de Saúde*. 2ª Edição. Loures: Lusociência.

a tensão sair... relaxem os músculos, dando tempo à mão para ficar mais e mais relaxada... reparem na sensação quando ela ficar completamente relaxada...

(Bastão)

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

PERNAS

(Pés a apontar para a cara)

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

(Pés a apontar para longe da cara)

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

RESPIRAÇÃO (2)

Voltem a atenção novamente para a respiração... não tentem controlar a respiração, deixem-na fluir naturalmente... percebam o seu ritmo natural... coloquem uma mão na

parte de cima da barriga e reparem nos seus movimentos... deixem que a respiração se guie a si própria...

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

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

ABDOMÉN

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

OMBROS

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

(Elevação)

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

NUCA

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

PARTE SUPERIOR DA FACE

(Elevação das sobrancelhas)

Passando à cara... levantem as sobrancelhas... levantem-nas alto e sintam a testa franzida, mantenham essa posição... agora, sintam a tensão nos músculos da testa e no

centro da cabeça... e... relaxem... deixem a tensão soltar-se... sintam a tensão a desaparecer... e os músculos da testa a relaxarem mais e mais...

(Franzir as sobrancelhas)

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

PARTE INFERIOR DA FACE

(Maxilar Inferior)

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

(Lábios)

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

RESPIRAÇÃO (3)

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

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

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

Anexo VI

Sinopse do filme “Em busca da felicidade”

(The Pursuit of Happyness)

Chris Gardner (Will Smith) é inteligente e talentoso, mas não consegue encontrar um emprego que sustente a família. Sem conseguir suportar a pressão constante da falta de dinheiro, a mulher abandona-o e Chris fica sozinho com o filho de cinco anos. Pai solteiro, Chris continua a lutar por um emprego melhor, mas acaba por aceitar um estágio não remunerado na esperança de vir a ser contratado no final por essa empresa promissora. No entanto, sem dinheiro, acaba por ser despejado do apartamento em que vive com o filho e os dois são obrigados a dormir em abrigos, estações de autocarros ou qualquer local que possa servir de refúgio para a noite. Mas, apesar de todos os problemas, Chris continua a ser um pai afetuoso e dedicado, encarando o amor do filho como a força necessária para ultrapassar todos os obstáculos.

Retirado de https://cincartaz.publico.pt/Filme/166269_em-busca-da-felicidade

Anexo VII

Escala SOCRATES 8-D

Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale – SOCRATES 8-D
(Versão adaptada por Janeiro, Faísca e Miguel)

Instruções

Por favor, leia as seguintes as seguintes afirmações cuidadosamente. Cada uma delas descreve o modo como pode (ou não) sentir-se acerca do seu uso de álcool. Para cada afirmação faça um círculo num número de 1 a 5 para indicar o quão concorda ou discorda com cada afirmação neste momento. Por favor, coloque um círculo em apenas um número por cada afirmação.

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

Tabela 1. Cotação para cálculo três subescalas

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

Tabela 2. Percentis para os três fatores

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

Anexo VIII

Escala CDS

Consequências da Dependência de Substâncias

Severidade das mudanças no estado de saúde e função social devido à dependência de substâncias		Grave	Substancial 2	Moderada 3	Leve 4	Nenhuma 5
1	Tristeza					
2	Isolamento/Solidão					
3	Ansiedade					
4	Problemas no relacionamento familiar					
5	Função cognitiva prejudicada					
6	Dificuldade para memorizar acontecimentos da vida					
7	Incapacidade para tomar decisões no dia a dia					
8	Dificuldade em cuidar da casa					
9	Redução da atividade física					
10	Manutenção de policonsumos					
11	Falta de motivação para a abstinência					
12	Participação em atividades ilícitas					
13	Preocupação com os seus problemas de saúde					
14	Dificuldade para manter o emprego					
15	Dificuldade para manter-se financeiramente					
16	Absentismo no trabalho ou na escola					

Utente: _____ Data: _____

Total: _____

Consequências da Dependência de Substâncias

Definição do Resultado

1	<p>Tristeza</p> <p>Item subjetivo. Desânimo e frustração em relação a algo, alguém, ou mesmo por motivo desconhecido. Pode-se relacionar com o humor deprimido, sendo no limite a depressão grave. Grau atribuído pelo enfermeiro, ponderando a observação, com o apoio do utente.</p>
2	<p>Sentimento de isolamento/solidão</p> <p>Item subjetivo. Sensação de vazio e isolamento mesmo podendo estar acompanhada. Pode-se relacionar com o humor deprimido. Grau atribuído pelo utente.</p>
3	<p>Ansiedade</p> <p>Perguntar sobre aquele estado caracterizado por “não estar bem em lado nenhum”, “não estar bem de modo nenhum” “inquietação”. Sintomas que antecedem determinado acontecimento ou, decorrentes de situações específicas de stress: como desemprego, perda de ente querido, etc. Grau atribuído pelo doente.</p>
4	<p>Existência de problemas no relacionamento familiar</p> <p>A gravidade segundo a percepção e caracterização do doente. Inclui os problemas no núcleo familiar e na família alargada. A vivência dos problemas face à família alargada depende de como cada pessoa encara, e se sente afetado. Família na conceção do doente, sem necessidade de consanguinidade (OE, 2006)</p>
5	<p>Função cognitiva prejudicada</p> <p>Considerar a escolaridade do utente. Considerar a orientação temporal, espacial e capacidade de contar a sua história pessoal com uma sequência lógica e discurso adequado (Folstein, et al, 1975). Percepção da dificuldade do doente no seu dia a dia, quando não se encontra sob efeito de uma substância. Juízo clínico do enfermeiro sobre a função cognitiva.</p>
6	<p>Dificuldade para memorizar acontecimentos da rotina diária</p> <p>Perguntar atividades mais recentes e mais remotas que a pessoa terá feito. Datas importantes para si, ex. datas de nascimento dos seus filhos, o que fez há 7 dias atrás? A descrição, de outros aspetos da sua vida, ajuda-nos a classificar a sua memória. Validar com a percepção do utente acerca da sua memória.</p>
7	<p>Incapacidade de tomar decisões no dia-a-dia</p> <p>Classificar a incapacidade de tomar decisões por si, face a rotinas da vida diária e ou decisões no desempenho do seu papel social.</p>
8	<p>Dificuldade para manter residência adequada</p> <p>O utente deve descrever o seu espaço ou a sua casa e os cuidados que tem em termos da sua organização, funcionalidade, limpeza. Atribuir nível de acordo com dados observáveis e relatos do doente. Grave, nos casos que o utente não tenha residência ou esta não tenha os recursos básicos (água, esgotos, luz). Substancial, quando na falta de fatores ambientais e recursos básicos, que possam prejudicar o bem-estar e a saúde. A avaliação, é independente do tamanho ou, tipologia da casa.</p>
9	<p>Redução da atividade física</p> <p>Avaliar a capacidade de realizar algumas tarefas. Caminhar, trabalhar, exercício físico, tendo em conta a idade e o género. Pode-se ter em comparação, outra pessoa com a mesma idade e género, mas não consumidora de drogas. Atribuir nível tendo em conta relato do doente.</p>
10	<p>Manutenção de policonsumos</p> <p>Nenhuma substância = nenhum 1 substância = leve 2 substâncias = moderado 3 substâncias = substancial 4 substâncias = grave</p> <p>Ponderar a atribuição de maior gravidade, face ao número de substâncias, em caso de a quantidade diária ser elevada (McLellan, 1992). Considerar o tipo de substância consumida com a situação de saúde atual,</p>

	<p>por exemplo: consumo de 1 substância por uma mulher grávida=grave; consumo de THC por pessoa com perturbação psicótica=grave.</p>
11	<p>Falta de motivação para a abstinência Nível de motivação atribuída pelo próprio. Clarificar a sua real motivação e não determinada por fatores externos. Atribuir maior gravidade quando o utente não valoriza consumos de álcool, canábis, cocaína. Relacionar com as substâncias consumidas recentemente e verbalizadas pelo utente.</p>
12	<p>Participação em atividades ilícitas Qualquer tipo de atividade ilícita. Tráfico, roubo, abusos físicos, psicológicos e sexuais, violência para obtenção de ganhos pessoais, chantagem para obtenção de ganhos secundários, lenocínio, associação criminosa, homicídios, crimes contra o património. Crimes contra pessoas (é sempre grave desde que seja no último ano, mesmo que seja só uma ocorrência) Nenhuma = ausência de atividade ilícita.</p>
13	<p>Preocupação com os seus problemas de saúde Atribuir maior gravidade quando as estratégias dos utentes não estão adequadas à sua situação de saúde. Se o utente tem várias comorbilidades e não está a fazer qualquer tipo de seguimento médico, classifica-se em grave. Se estiver com adesão total a um regime terapêutico classificar em nenhum. Se tem comorbilidades, mas tem um cumprimento irregular classificar em moderada. Relativizar face à complexidade da comorbilidade (atribuindo mais gravidade).</p>
14	<p>Dificuldade para manter o emprego Se estiver desempregado há mais de um ano classificar como grave, substancial se tiver perdido o emprego nos últimos 6 meses, moderado no último mês, leve se estiver desempregado há 1 semana, nenhum se estiver empregado. Sempre que o doente esteja desempregado por razões alheias ao consumo de substâncias e estiver numa procura ativa de emprego, reduzir um grau no índice de gravidade.</p>
15	<p>Dificuldade para manter-se financeiramente Grave quando não tem nenhuns recursos financeiros ou quando os recursos não são suficientes para as necessidades mais básicas. Substancial quando tem dificuldade em gerir as necessidades mais básicas. Moderado, quando com os recursos que tem consegue gerir as necessidades mais básicas. Leve quando refere que os recursos não chegam para algumas necessidades mais acessórias. Nenhum quando não revela dificuldades.</p>
16	<p>Absentismo no trabalho ou na escola Caso esteja a estudar ou trabalhar, classificar como grave o absentismo total. Substancial quando o absentismo já colocou em causa o emprego. Moderado quando está com problemas no emprego por absentismo irregular. Leve quando o absentismo é esporádico. Caso o doente não trabalhe, classificar em grave se o consumo de substâncias foi o motivo que o levou a perder o trabalho no último ano. Caso não trabalhe há mais de um ano validar pelas atitudes face a outros compromissos que assume com outras pessoas ou instituições.</p>

Anexo IX

Escala AUDIT

QUESTIONÁRIO AUDIT (VERSÃO PORTUGUESA)

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

AUDIT C

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?

Guia de utilização

Num primeiro momento pode utilizar o AUDIT-C, que inclui apenas as três primeiras perguntas do questionário AUDIT. Se a pontuação obtida for superior a 3 na mulher ou superior a 4 no homem, classifica-se como consumo excessivo de álcool, recomendando-se a realização dos restantes itens do AUDIT, que permite a avaliação do nível de risco e identificar a intervenção a realizar.

Dimensões e conteúdos dos itens do AUDIT

DIMENSÃO E CORRESPONDÊNCIA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO AUDIT		
DIMENSÃO	QUESTÕES	CONTEÚDO DO ITEM
Caracterização do consumo AUDIT C	1 2 3	Frequência do consumo Quantidade Frequência de consumo elevado
Sintomas de dependência	4 5 6	Descontrolo no consumo Limitações com o consumo Consumos pela manhã
Consequências do consumo	7 8 9 10	Sentimento de culpa após beber <i>Blackouts</i> (lapsos de memória) Consequências para outros, por beber Preocupação de outros pelo consumo