

Relatório Anual

2018

A Situação do País em Matéria
de **Álcool**

Miguel Reis-34947

Simão Costa-31529

INDICE

Resumo	1
Abstract	2
ABREVIATURAS E SIGLAS	3
Introdução	4
1-O ÁLCOOL E A DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA	6
1.1-Epidemiologia do consumo de álcool.....	6
1.2-Dependência Alcoólica e os impactos na saúde.....	7
1.3-A Recaída e stressores	8
2-FUNDAMENTOS DO CUIDADO ESPECIALIZADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA	10
2.1-As competências do enfermeiro perito.....	10
2.2-Contributos do modelo conceptual de Betty Neuman na compreensão da pessoa em situação de dependência alcoólica	12
2.3-Revisão da literatura contributos da terapia cognitivo- comportamental e da entrevista motivacional	15
2.3.1-Terapia cognitivo-comportamental	15
2.3.2-Entrevista Motivacional	17

RESUMO

O presente relatório tem como finalidade descrever o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, no âmbito do estágio do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Os problemas ligados ao consumo de álcool constituem em Portugal um problema de saúde pública. Tenho constatado, ao longo da prática clínica, que o cliente com dependência alcoólica apresenta múltiplos reinternamentos, ou seja, a recaída é frequente. Segundo alguns autores a recaída é mais frequente nos três primeiros meses. A revisão da literatura foi fundamental no delinear das intervenções, tal como os contributos do modelo conceptual de Betty Neuman na compreensão da pessoa em situação de dependência alcoólica.

O estágio decorre em dois contextos clínicos do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa: a Área Dia da Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica (UTRA) e no Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures (NIC de Loures). A Área Dia da UTRA teve como finalidade desenvolver um Plano de Prevenção de Recaída baseado em técnicas da terapia cognitivo-comportamental e da entrevista motivacional. O NIC de Loures teve como objetivo identificar problemas relacionados ao uso de álcool, através da aplicação do AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test).

Na análise dos resultados, verificou-se que as intervenções tiveram um impacto positivo no cliente através de um melhor estado de saúde destes. Os dois contextos clínicos permitiram o desenvolvimento de perícias e habilidades de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

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

ABSTRACT

This report aims to describe the route of acquisition and development of skills within the 2nd stage of the Master's Degree in Nursing, Specialization in Mental Health Nursing and Psychiatric.

The problems associated with alcohol consumption in Portugal are a public health problem. I have found, during clinical practice, the customer with alcohol dependency has multiple readmitted, in other words, relapse is frequent. According to some authors relapse is more frequent in the first three months. The literature review was instrumental in the design of interventions, such as the contributions of the conceptual model of Betty Neuman in understanding the person in a state of alcohol dependence.

The stage takes place in two clinical contexts of Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa: the Área Dia of Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcológica (UTRA) and the Núcleo Comunitário de Loures (NIC Loures). The Área Dia of UTRA was to develop a Relapse Prevention Plan based on techniques of cognitive behavioral therapy and motivational interviewing. The NIC Loures aimed to identify problems related to alcohol use through the application of the AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test).

Analyzing the results, it was found that interventions had a positive impact on the client via a better state of health. The two clinical settings allowed the development of skills and abilities Nurse Specialist in Mental Health Nursing and Psychiatric.

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

ABREVIATURAS E SIGLAS

%	Percentagem
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test BDI – Inventário de Depressão de Beck
CHPL	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
EMCA	Escala Multidimensional de Craving de Alcohol ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
NIC de Loures	Núcleo de Intervenção Comunitária de Loures NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde PLA – Problemas Ligados ao Álcool PPR – Plano de Prevenção de Recaída
SCO	Questionário do Sentido de Coerência
SOCRATES	Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale
STAI	Stait-Trait Anxiety Inventory
UTRA	Unidade de Tratamento e Reabilitação Alcoológica

INTRODUÇÃO

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

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

A finalidade deste estágio foi desenvolver e adquirir competências de enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica, nomeadamente no que se refere a "deter um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional" e prestar "cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo da vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde" ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2010).

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

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

O primeiro contexto de estágio (Área Dia) teve como finalidade desenvolver um Plano de Prevenção de Recaída (PPR) através de técnicas da entrevista motivacional e da terapia cognitivo-comportamental, visando a abstinência completa do uso do álcool; o segundo contexto (NIC

de Loures) teve como objetivo identificar problemas relacionados ao uso de álcool, através da aplicação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT).

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

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

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

1- O ÁLCOOL E A DEPENDÊNCIA ALCOÓLICA

1.1- Epidemiologia do consumo de álcool

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

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

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

Em Portugal, os problemas ligados ao consumo de álcool constituem um importante problema de saúde pública. Em 2003, segundo dados do World Drink Trends Portugal ocupava o 8º lugar do ranking do consumo mundial, com um consumo estimado de cerca de 9,6 litros de etanol per capita, o que corresponde ao consumo acumulado de 58,7 litros de cerveja, 42 litros de vinho e cerca de 3,3 litros de bebidas destiladas (World Drink Trends, 2005).

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

1.2-Dependência Alcoólica e os impactos na saúde

O conceito de dependência de álcool é definido como um padrão de consumos caracterizado por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras actividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (Babor et al, 2001; Kiritzé-Topor e Bénard, 2007).

Rangé e Marlatt (2008) referem que a dependência consiste num padrão mal- adaptativo do uso da substância, levando ao prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, que pode ocorrer a qualquer momento no período de doze meses, e ser manifestado por três, ou mais, dos seguintes critérios:

- 1) Tolerância, ou seja, necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado e acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma quantidade de substância;
- 2) Abstinência, manifestada pela síndrome de abstinência e consumo para aliviar ou evitar os sintomas desta;
- 3) A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo que o pretendido;
- 4). Existem esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
- 5) tempo gasto em actividades para a obtenção da substância;
- 6). As actividades sociais, ocupacionais e recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;
- 7) O uso contínuo da substância, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Efetivamente os autores são unânimes em considerar que a doença alcoólica tem repercussões a nível: individual com consequências físicas

(cirroses, hepatites, pancreatites, etc.) e psicológicas (ansiedade, depressão, etc.) originadas por um consumo excessivo e prolongado; na família (violência doméstica e maus tratos); no trabalho (diminuição de rendimento laboral, aumento do absentismo, acidentalidade e reformas prematuras); na comunidade (perturbações nas relações sociais e da ordem pública); na condução (acidentes de viação) e problema legais derivados de atos violentos, criminalidade, etc. (Kiritzé-Topor e Bénard, 2007; Ferreira-Borges e Filho, 2008).

1.3-A Recaída e stressores

O conceito de recaída é definido como sendo o ato de consumir após a decisão de manter a abstinência (Ferreira-Borges e Filho, 2004; Washton e Zweben, 2009). Já SCHULTZ (1995) define recaída como “voltar a cair num estado anterior, ou voltar a uma fase ativa de uma doença depois de uma recuperação parcial”. O mesmo autor refere que “é o regresso a atitudes, pensamentos, sentimentos, emoções e comportamentos que fazem recuar para a adição ativa”. Assim, um cliente dependente de álcool, recaí quando retoma padrões de consumo anteriores.

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

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

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

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

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

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

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

2.1- As competências do enfermeiro perito

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

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

1. “detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;
2. assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental;
3. ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;
4. presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socio terapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2010).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fawcett, 1995).

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

O núcleo central contém 5 variáveis: as fisiológicas (dizem respeito ao corpo, à sua estrutura e ao seu funcionamento), as psicológicas (referem-se aos processos de pensamento e relacionamentos), as socioculturais (que estão relacionadas com a cultura e o meio social), as variáveis de desenvolvimento (dizem respeito ao ciclo da vida) e as espirituais (referem-se às influências exercidas pelas crenças espirituais, quer o individuo tenha perceção desta ou não). No sistema cliente em situação de dependência alcoólica as variáveis encontram-se enfraquecidas/debilitadas. Ou seja, os mecanismos de proteção tanto a linha flexível de defesa como a linhas normal de defesa e as linhas de resistência, que protegem o núcleo central, foram comprometidas, atingindo o núcleo central e colocando o seu equilíbrio/estabilidade em causa. Este desequilíbrio provoca uma reação do sistema cliente surgindo sintomatologia (como por exemplo os sintomas de

abstinência: ansiedade, confusão, irritabilidade, tremores, náuseas e vômitos, etc.) colocando a estrutura básica do sistema cliente em risco de sofrer falência ou mesmo morte.

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

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

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

frequentemente o seu estado de saúde/bem-estar encontra-se muito reduzido.

No que respeita ao conceito de Enfermagem, Neuman define-a como sendo uma profissão única, que se interessa por todas as variáveis que afetam as respostas do indivíduo aos fatores de stress. Afirmo que a finalidade da enfermagem é facilitar ao cliente um nível de bem-estar ótimo e tão completo quanto possível, o que se consegue ajudando-o a preservar, atingir ou manter a estabilidade do sistema cliente. Na perspetiva da autora as intervenções devem ser direcionadas no sentido do alívio ou da redução de agentes de stress ou condições adversas que afetam (reais) ou possam vir a afetar (potenciais), o funcionamento ótimo do cliente em qualquer momento.

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

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

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

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

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

2.3.1- Terapia cognitivo-comportamental

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

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

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

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

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

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

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

ansiedade, no treino de aptidões intra e interpessoais, identificação de situações de alto risco, reestruturação cognitiva (Marlatt e Gordon, 1993; Ferreira-Borges e Filho, 2007; Rahioui e Reynaud, 2008; Litt, Kadden e Kabela-Cormier, 2009), no treino da assertividade (Rangé e Marlatt, 2008)

e no treino de relaxamento (Almeida e Araújo, 2005; Edwards et al., 2005; Lukasiewicz e Peres, 2008; Moutinho e Gonçalves, 2010).

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

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

2.3.2- Entrevista Motivacional

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

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

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

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

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

Ação– o cliente já mudou o seu comportamento;

Manutenção – o cliente consegue manter o comportamento de abstinência.

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

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

1. Expressar empatia, significa transmitir respeito e interesse pelo cliente, escutar no sentido de perceber a perspetiva do cliente, sem juízos de valor ou críticas. A empatia e a compreensão geram confiança, facilitando a mudança do comportamento;
2. Identificar discrepâncias, ampliar as diferenças entre o comportamento presente e as metas, de forma a que a mudança se torne importante;
3. Gerir a resistência à mudança, envolver o cliente no processo de resolução de problemas;
4. Evitar confrontos diretos, abordar diretamente o comportamento pode provocar aumento da resistência, não impor perspetivas, os clientes são livres para decidir;
5. Promover a confiança e a capacidade do cliente, acreditar que o cliente é capaz de mudar;
6. Colocar perguntas abertas, uma pergunta aberta, colocada de forma genuína, sugere que o enfermeiro está aberto a qualquer resposta, fazer perguntas abertas leva o cliente a falar, a dar informações importantes. Refletir e sintetizar, refletir consiste em voz alta explorar o que está a ser comunicado e sintetizar consiste em reforçar os aspetos mais relevantes já analisados e liga-los entre si no sentido da mudança.

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

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

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