



ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA

EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À AÇÃO

COMPORTAMENTOS ADITIVOS

Olga Valentim | Carlos Laranjeira | Ana Querido

FICHA TÉCNICA

Título:

EVIDÊNCIAS EM SAÚDE MENTAL: DA CONCEÇÃO À AÇÃO

Organização:

Ana Querido | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5021-773X>
Catarina Tomás | ORCID <https://orcid.org/0000-0003-3713-3352>
Carlos Laranjeira | ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1080-9535>
Daniel Carvalho | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-5058-525X>
José Carlos Gomes | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4089-1034>
Olga Valentim | ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2900-3972>

Design gráfico, capa e paginação:

Dos autores

1ª Edição de 2019

ISBN: (e-book)

DOI: <https://doi.org/10.25766/yx3k-wj15>

Reservados todos os direitos

Escola Superior de Saúde de Leiria

Departamento de Ciências de Enfermagem | Enfermagem de Saúde Mental e
Psiquiátrica

Instituto Politécnico de Leiria

2019

COMPORTAMENTOS ADITIVOS

Olga Valentim¹; Carlos Laranjeira¹; Ana Querido¹

¹PhD; MSc, MHN

Objetivos educacionais

Pretende-se que no final deste capítulo o estudante seja capaz de:

- Diagnosticar situações problema sensíveis aos cuidados de enfermagem nas pessoas com comportamentos aditivos, visando a satisfação das suas necessidades;
- Analisar propostas de intervenção de enfermagem dirigidas às pessoas com alterações da adaptação psicossocial e suas famílias.

Em Portugal os dados apontam para que a prevalência de consumo de qualquer droga nos adolescentes seja de 31% ao longo da vida, 24% nos últimos 12 meses e de 15% nos últimos 30 dias (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]¹). Entre nós, a principal substância psicoativa (definição científica do termo “droga”), consumida é o álcool. O consumo de bebidas alcoólicas nos últimos anos tem estabilizado no consumo regular e diminuído no consumo esporádico excessivo (*binge drinking*)², verificando-se nos adolescentes a manutenção dos consumos preferenciais de cerveja e diminuição das bebidas brancas.

Apesar do consenso sobre uma diminuição gradual do consumo de álcool, este é ainda problemático e de risco para a saúde³. Alguns dados recentes, apontam uma diminuição da idade para o início dos consumos, mantém-se o consumo excessivo nas raparigas, e surgem comorbilidades precoces⁴. O efeito do aumento legal em 2013, da idade mínima para aquisição de álcool para os 18 anos, parece ter contribuído para uma diminuição do consumo, embora, e com a dificuldade de dados fiáveis, a permissividade cultural em relação a esta substância facilite os consumos de risco².

Avaliação e contextos de intervenção

Neste tópico, mais direcionado para as etapas do Processo de Enfermagem, valoriza-se a necessidade de uma avaliação sistémica na abordagem do problema dos comportamentos aditivos, para uma intervenção que se pretende centrada não apenas na pessoa que consome, mas também centrada no ambiente em que este se desenvolve, designadamente no contexto familiar.

São apontadas algumas linhas de orientação para o diagnóstico e intervenção de Enfermagem em alguns dos principais problemas relacionados com comportamentos aditivos; e ainda algumas recomendações com vista à Avaliação, Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem à pessoa em risco de sofrer uma perturbação pelo uso de substâncias e respetiva família.

Avaliação Clínica em Enfermagem

Os diversos comportamentos de saúde são suportados por um conjunto de crenças e sentimentos, sendo essencial que o enfermeiro consiga identificá-los para estabelecer estratégias de intervenção com o utente e família, e promover comportamentos de ajustamento mais positivos e saudáveis.

O primeiro contacto, numa relação é muitas vezes decisivo, tanto para uma avaliação efetiva, como para o traçar de objetivos terapêuticos.

O enfermeiro deve transmitir interesse e preocupação de uma forma legítima, procurando criar um clima que promova, ao mesmo tempo, segurança, confiança e compreensão.

O utente e familiares devem ser informados e esclarecidos dos benefícios da deteção precoce de comportamentos aditivos e intervenção breve. Deve ainda ser obtido o consentimento informado, com registo no processo clínico⁵.

AVALIAÇÃO - RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA (adaptado da *Guideline Engaging Clients Who Use Substances*⁵):

1. Avaliar todas as pessoas para determinar se usam substâncias (triagem universal/rastreio) [cf. Quadro 1];
2. Para as pessoas que usam substâncias, utilizar um instrumento de triagem apropriado para determinar o nível de suporte necessário;
3. Conduzir uma avaliação abrangente com todas as pessoas que usam substâncias, com base no conhecimento, experiência, tempo, ambiente envolvente e recursos disponíveis.

Quadro 1 - Perguntas de triagem universal.

1. Já teve algum problema relacionado com o uso de álcool ou outras drogas?	Sim/Não
2. Um familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde tem estado preocupado com o seu consumo de álcool [ou de outras drogas], ou sugeriu a redução do seu consumo?	Sim/Não
3. Já disse a outra pessoa: "Não, eu não tenho nenhum problema de álcool ou drogas", quando ao mesmo tempo, já se questionou: "Talvez eu tenha um problema"?	Sim/Não

Fonte: Adaptado de RNAO⁵.

Se obtiver respostas negativas às questões, o enfermeiro deve disponibilizar informação sobre educação para a saúde e valorizar os comportamentos saudáveis (validação positiva). A educação para a saúde é um instrumento fundamental na intervenção em enfermagem, que pode proporcionar ao utente uma maior probabilidade de manter e/ou adotar estilos de vida saudáveis⁶.

Uma resposta positiva às questões indica a necessidade de uma avaliação mais aprofundada⁵. Esta avaliação pode ocorrer durante o contacto inicial ou avaliação contínua com o utente e família, recomendando-se conhecer as perceções do utente sobre o uso de substâncias, os objetivos, as motivações, as necessidades e os pontos fortes (cf. Quadro 2).

Quadro 2 - Avaliação abrangente.

Objetivos do utente/família	<ul style="list-style-type: none"> • Razões para procurar os cuidados de saúde; • Objetivos relacionados com preocupações sobre a sua saúde (física e/ou mental); • Dificuldades e apoios para atingir os objetivos atuais; • Discussão sobre o impacto do uso de substâncias nos objetivos de saúde; • Valores e crenças - espiritualidade – cultura; • Preparação e estado de mudança em relação ao uso de substância.
Informação Demográfica e Socioeconómica	<ul style="list-style-type: none"> • Idade; • Género: orientação sexual e identidade de género e/ou expressão de género; • Contexto cultural; • Educação; • Habitação; • Relacionamentos; • Legal: possível envolvimento com o sistema de justiça; • Suporte: cuidados de saúde, família e outros apoios sociais.
História dos consumos	<ul style="list-style-type: none"> • Substâncias utilizadas; • Para cada tipo de substâncias (atuais ou anteriores): idade de início do consumo, frequência, duração, quantidade; • Via de consumo (intravenoso, fumado, inalado, etc.); • Utilizar instrumentos de suporte à decisão clínica sobre o uso de substâncias: AUDIT (<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>); CRAFFT (<i>Car, Relax, Alone, Forget, Friends, Trouble</i>); SDS (<i>Severity of Dependence Scale</i>); CAST (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>); • Episódios de <i>binging</i> (beber grandes quantidades em curtos períodos de tempo), perda de memória (apagão – <i>blackout</i>); • Tolerância às substâncias; • Consequências adversas relacionadas ao uso; • Aumento da perda de controlo sobre o uso; • Sintomas de recaída; • Utilização de estratégias de redução de danos e/ou mudanças de comportamento; • Tentativas de paragem de consumos, sintomas de privação e fatores que ajudaram a abstinência; • Acidentes, ferimentos, envolvimento em situações de violência relacionados com o consumo; • Modo de subsidiar os consumos.
História da saúde física e condições médicas	<ul style="list-style-type: none"> • Condições de saúde, passadas e presentes; • Medicamentos: anteriores e atuais; • Experiências com intervenções e serviços; • Dor crónica; • História de convulsões.
História da Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> • História de problemas de saúde mental (atuais ou anteriores); • Intervenções (farmacológicas e não farmacológicas); • Trauma (emocional, físico e psicológico); • História de comportamentos autolesivos; • Tentativas de suicídio ou ideação suicida; • Sentimentos de ansiedade ou depressão; • Capacidade atual de lidar com emoções.
História familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Informações sobre familiares que tiveram ou têm problemas de uso de substâncias ou de saúde mental; • Problemas de vinculação - Relação familiar.
Resiliência e Forças	<ul style="list-style-type: none"> • Pontos fortes e fontes de resiliência pessoais identificadas pelo utente/família; • Necessidades e apoios identificados para aumentar a resiliência e os pontos fortes; Fatores de proteção e de risco – esperança.

Fonte: Adaptado de RNAO⁵.

Abordagens terapêuticas em enfermagem

É indispensável investir na **prevenção e na intervenção precoce**, para impedir ou adiar o início dos consumos⁷. Posteriormente, e quando os consumos já se iniciaram, é preciso promover a redução das quantidades consumidas, minimizar riscos e danos. Estratégias semelhantes são fundamentais na identificação e intervenção nos comportamentos aditivos não relacionados com substâncias. É muito frequente os utentes ocultarem o seu histórico médico e de consumos, tal como os seus objetos de dependência não relacionados com substâncias, pelo que é necessário uma grande sensibilidade por parte do enfermeiro, tanto no processo de colheita de dados como no desenvolvimento do projeto terapêutico.

As principais dificuldades de intervenção prendem-se com os comportamentos de negação, manipulação e recaídas, o que implica uma baixa adesão ao regime terapêutico. Por vezes, é facilitador a existência de complicações que levem os utentes a reconhecer que têm um problema.

Torna-se assim fundamental estabelecer um laço de confiança, que ajude a diminuir as suas defesas, tornando-os mais recetivos ao diálogo. Esta relação de confiança permite que o utente mobilize o que precisa para prevenir ou ultrapassar o problema do consumo de substâncias, ou do comportamento aditivo não relacionado com substâncias.

Neste âmbito, a intervenção centra-se na relação entre o enfermeiro, que contribui com os seus conhecimentos e experiências, e o utente e/ou família, com as suas vivências, necessidades e recursos⁸. É através da **relação de ajuda** que o enfermeiro promove o desenvolvimento das competências dos vários elementos da família e ajuda-os a mobilizar recursos necessários à sua recuperação, envolvendo-os assim num processo de relação interpessoal e de compreensão empática⁹ para uma “parceria de cuidados”. Através de uma postura facilitadora, o enfermeiro identifica, clarifica, traça objetivos e define intervenções com o utente/família, de forma a dar resposta às suas necessidades e contribuir para a sua recuperação.

INTERVENÇÃO - RECOMENDAÇÕES PARA A PRÁTICA (adaptado da *Guideline Engaging Clients Who Use Substances*⁵):

1. Usar técnicas de entrevista motivacional para desenvolver o plano de intervenção;
2. Realizar uma intervenção breve com o utente em risco ou com uma perturbação aditiva (relacionado ou não com o uso de substâncias);
3. Promover intervenções combinadas: psicossociais e farmacológicas;
4. Promover intervenções terapêuticas baseadas na família;
5. Reavaliar a eficácia do plano de intervenção até que os objetivos do utente/família sejam atingidos.

Numa perspetiva interprofissional é essencial uma abordagem integrada que combine intervenções farmacológicas e psicoterapêuticas¹⁰, desde a deteção precoce, passando pelo acompanhamento, até às fases de desabituação física. As intervenções psicoterapêuticas facilitam a mudança, ao desenvolverem a motivação, as estratégias de *coping* e as relações sociais¹⁰.

Algumas pesquisas têm documentado a eficácia de algumas intervenções cujos princípios básicos são a **aliança terapêutica**, através de um clima de empatia e relacionamento interpessoal, a saber:

- a) A **consulta de enfermagem**, como parte integrante do cuidado de enfermagem, permite a interação com o utente e familiares, sendo estes abordados numa perspetiva holística, tendo como foco principal o ser humano na sua individualidade, bem como o seu projeto de recuperação. Este projeto de recuperação deve contemplar todas as dimensões ecológicas da vida do utente (família, trabalho, escola, amigos);
- b) O **aconselhamento** (cuja base é a terapia cognitiva) é uma das técnicas que pode ser utilizada pelo enfermeiro no processo de tratamento, promovendo a reflexão e as mudanças de comportamento¹¹;
- c) A **entrevista motivacional** é uma abordagem de aconselhamento centrada na pessoa, não-diretiva e sem julgamento, para desenvolver alianças terapêuticas e empáticas. Esta entrevista tem como objetivo principal ajudar a analisar e a resolver a ambivalência, a

fim de suscitar e fortalecer a motivação necessária à mudança ⁽¹¹⁻¹²⁾, seguindo alguns princípios (cf. Quadro 3);

Quadro 3 - Princípios da Entrevista Motivacional.

Expressar empatia – compreender a ambivalência, perguntas abertas e escuta reflexiva.

Promover a discrepância – conduta *versus* valores.

Trabalhar as resistências – não confrontar, propor opções, favorecer decisões e mudanças.

Apoiar a autoeficácia – reforço das capacidades, reconhecimento dos progressos.

Fonte: adaptado de Miller e Rollnick¹³.

d) A **prevenção da recaída** assenta num conjunto de meios e estratégias adequadas estimulando uma mudança de comportamento¹⁴. Deve recorrer-se à entrevista motivacional para: - incentivar o utente a mudar o seu comportamento; - ensinar a identificar sinais de alerta; - antecipar e lidar com possíveis tensões e problemas que podem levar ao comportamento aditivo;

e) Os **Grupos de autoajuda** podem considerar-se um espaço de mediação entre o utente/família e os profissionais de saúde, que lhes proporciona uma visão diferente da doença e ainda um suporte, perante o interesse demonstrado por outras pessoas em escutá-las e compreendê-las ^(8,15);

f) A **intervenção breve** envolve estratégias de ensino acerca dos meios de autocontrolo para atingir os objetivos da abstinência ou a diminuição da quantidade e/ou frequência do uso da substância¹⁴, podendo ser, igualmente, utilizada para o autocontrolo do comportamento aditivo, não relacionado com substâncias. Esta intervenção é concretizada através de sessões breves, por meio da técnica de aconselhamento, onde o problema é avaliado, e devolvido de forma a ser destacada a negação do utente¹⁶. A Direção Geral da Saúde emitiu uma norma para o Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens (Norma nº 036/2012 atualizada a 21/8/2014)¹⁷;

O quadro 4 apresenta o resumo do acrónimo da Intervenção Breve – FRAMES¹⁸.

Quadro 4 - Intervenção Breve – FRAMES.

- **Feedback:** sobre os riscos e as consequências negativas do uso de substâncias. Procure a reação do utente e escute.
- **Responsibility for change and use:** Realçar que o utente é responsável pela sua tomada de decisão sobre o seu comportamento aditivo (relacionado ou não com o uso de substâncias).
- **Advice to cut down or stop:** Aconselhar a reduzir ou parar.
- **Menu of change options/strategies:** Apresentação de opções, promovendo o envolvimento do utente na tomada de decisão.
- **Empathy:** A empatia é a "cola" da intervenção. Seja empático, respeitoso e sem julgamento.
- **Self-efficacy:** Expresse o otimismo de que o utente pode modificar o seu consumo de substâncias, se assim o desejar.

Fonte: Adaptado de Hester e Miller¹⁸.

g) A **abordagem psicoeducativa** é caracterizada pela dupla valência educativa e de suporte¹⁹, tendo como objetivo, desenvolver no utente e familiares, competências que lhes permitam lidar, de forma mais eficaz, com o consumo de substâncias ou outro comportamento aditivo, proporcionando-lhes um melhor conhecimento dos sinais e sintomas, dos sinais precoces de alarme para as recaídas, da etiologia, das possibilidades de controlo (pessoal e de tratamento), do prognóstico e dos serviços disponíveis. Esta abordagem desempenha um papel fundamental na capacitação do utente e familiares na compreensão dos problemas e na tomada de decisões. É frequente surgirem entre os elementos da família, dificuldades na gestão da doença, sentimentos contraditórios (medo, frustração, cansaço e pena) e aumento de stresse, pelo que é importante combinar os aspetos educacionais com os de apoio emocional²⁰;

h) A **terapia familiar** é orientada para as formas de comunicação e interações entre os membros da família, melhorando assim o seu funcionamento enquanto unidade. A família é vista como cliente, dependendo os seus membros uns dos outros para atingir o bem-estar físico e emocional¹². Esta terapia pode incluir várias abordagens de intervenção, que são influenciadas pela teoria dos sistemas, bem como, pelos princípios da terapia cognitivo-comportamental¹⁰.

As intervenções psicoterapêuticas de enfermagem têm por base alguns dos modelos de intervenção com famílias. A intervenção deve assim orientar-se numa **perspetiva sistémica**, tendo sempre presente a importância do contexto familiar ⁽²¹⁻²³⁾. Os enfermeiros podem ainda utilizar outras estratégias, no decorrer do processo de tratamento e reabilitação: relaxamento, treino de habilidades sociais²⁴, entre outras.

Muitas destas intervenções e tipologias de cuidados, requerem formação pós-graduada [formação especializada em enfermagem], e algumas necessitam de aporte de conhecimentos e competências que apenas podem ser desenvolvidas em sociedades científicas de formação psicoterapêutica.

Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

O abuso de substâncias não está ainda considerado como diagnóstico de enfermagem na taxonomia NANDA-I, embora, seja um fator relacionado em múltiplos diagnósticos²⁵. Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (International Council of Nurses [ICN]²⁶), podemos claramente elaborar diagnósticos de enfermagem, relacionados com uso de substâncias ou outro comportamento aditivo.

O “Abuso de substâncias” (código 10018992) é definido na CIPE²⁶ (versão 2015) como: *uso inadequado de substância quimicamente ativa para um efeito não terapêutico que poderá ser nocivo para a saúde e causar adição* (p. 37).

Os diagnósticos mais prevalentes, no que se refere à problemática do comportamento aditivo, estão relacionados com inúmeros focos de atenção. Para estes, os enfermeiros desenvolvem inúmeras intervenções que podem ser implementadas “com” o utente. Os diagnósticos podem ser relacionados tanto com os aspetos mais emocionais, como com o efeito direto, e as consequências do uso das substâncias ou de outro comportamento aditivo.

Com o propósito de fornecer algum contributo para o desenvolvimento de um plano de intervenção em enfermagem, apresentamos alguns diagnósticos de enfermagem (Quadro 5), com base na CIPE²⁶ versão 2015. Porém, este contributo não pode substituir o juízo clínico, nem a tomada de decisão por parte dos enfermeiros.

Para a elaboração das intervenções tivemos em conta: a evidência disponível na literatura, as intervenções [Tratamento do uso de drogas (4510); Treino para o controlo de impulsos (4370)] da *Nursing Intervention Classification* (NIC) e as suas respetivas atividades²⁷. Importa referir que assumimos para todos os diagnósticos, como intervenções fundamentais, todas as que se focam na interação inicial, no

estabelecimento de uma relação interpessoal, na presença, no apoio emocional e na relação de ajuda.

A esquematização em quadro (cf. Quadro 5), não deve de modo algum ser vista como estanque, hierárquica e não vincula as intervenções apenas a um dos diagnósticos. Elas interligam-se e têm ação simultânea, pois, a complexidade da problemática, sugere-nos considerar um conjunto de diagnósticos agregados, ou seja, aquilo que na taxonomia NANDA-I se chama uma “síndrome”²⁵.

Quadro 5 – Diagnósticos de Enfermagem / Intervenções de Enfermagem.

Diagnóstico: <u>Abuso de substâncias presente</u> (Álcool – abuso e/ou intoxicação; cannabis; estimulantes (<i>ecstasy</i>); substância de síntese)
Intervenções <ul style="list-style-type: none">- Executar sessão de educação para a saúde sobre os efeitos da substância usada (físicos, psicológicos e sociais – risco de dependência).- Encorajar a assumir que tem um problema relacionado com substâncias.- Identificar consumo de substâncias (pesquisa de metabolitos na urina, ar expirado, recolha de sangue).- Identificar a meta terapêutica mais apropriada (abstinência total, uso moderado).- Discutir as necessidades de tratamento e apoiar a tomada de decisão.- Promover <i> coping </i> eficaz.- Executar intervenções psicossociais e/ou psicoterapêuticas para controlo do stresse (terapias baseadas no exercício físico, meditação, <i> mindfulness </i>, relaxamento).- Identificar e abordar os padrões de relacionamento disfuncionais (ex: (co)dependência e permissividade).- Executar intervenções terapêuticas baseadas na família.- Orientar a família quanto à perturbação do uso de substâncias e disfunção associada.- Facilitar o sistema de suporte (pessoas que podem dar apoio; grupos de autoajuda).- Observar segurança em caso de intoxicação.- Promover encaminhamento para estrutura de apoio especializado, ou para outro técnico saúde.
Diagnósticos: <u>Controlo de impulsos ineficaz – Adaptação comprometida</u>
Intervenções: <ul style="list-style-type: none">- Auxiliar o utente a identificar o problema ou situação que requer ação ponderada.- Executar e ensinar técnicas de controlo da ansiedade (técnica de relaxamento).- Executar terapia ambiental (estratégias contentoras de exposição ao estímulo).- Ensinar o utente a prontificar-se a “parar e pensar” antes de agir compulsivamente.- Auxiliar o utente a escolher o curso de ação mais benéfico (identificar custos/benefícios e desfechos possíveis).- Auxiliar na reflexão sobre as opções comportamentais que levaram a desfechos malsucedidos.- Promover <i> coping </i> eficaz.- Apoiar a tomada de decisão sobre a estratégia de resolução de problemas apropriada para o nível de desenvolvimento e funcionamento cognitivo do utente.- Oferecer oportunidades para o utente praticar a resolução de problemas (simulação) dentro do ambiente terapêutico.<ul style="list-style-type: none">- Incentivar o utente a praticar a resolução de problemas em situações sociais e interpessoais fora do ambiente terapêutico, seguida de avaliação de resultados.- Fornecer reforço positivo (elogios, recompensa) para resultados de sucesso.- Incentivar a auto recompensa por bons resultados.

Diagnóstico: Autoestima diminuída; Bem-estar psicológico diminuído
Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> - Gerir o humor e a ansiedade. - Aumentar a autoestima iniciando com reforços positivos a sua intenção de mudança. - Executar terapia socio-recreativa. - Promover <i>coping</i> eficaz. - Apoiar a tomada de decisão. - Promover esperança.
Diagnóstico: Alteração comportamental aditiva não relacionada com substâncias
Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> - Executar sessão de educação para a saúde sobre os efeitos do seu comportamento aditivo. - Promover autoconsciência e aceitação do problema. - Apoiar a tomada de decisão. - Promover controlo do comportamento (padrão de sono e de alimentação; interação social com família e amigos). - Apoiar a família e o cuidador. - Executar terapia socio-recreativa (atividades promotoras de bem-estar e prazer em alternativa ao jogo <i>online</i>). - Executar terapia ambiental. - Gerir o humor. - Promover <i>coping</i> eficaz. - Prevenir uso de substâncias.
Diagnóstico: Processo familiar comprometido (disfuncional / alterado)
Intervenções: <ul style="list-style-type: none"> - Apoiar o cuidador e/ou família. - Encorajar a expressão de sentimentos sobre a situação de abuso ou dependência de substâncias, ou comportamento aditivo sem substâncias. - Identificar a estrutura da família, os padrões de comunicação, o funcionamento e as suas expectativas. - Informar sobre o processo psicopatológico do comportamento aditivo. - Assistir membros da família para traçarem objetivos realistas e estratégias para os atingir. - Informar sobre recursos disponíveis (saúde, sociais, grupos de apoio). - Apoiar os membros da família para a prestação de cuidados necessários em cada fase. - Apoiar a tomada de decisão partilhada. - Promover a melhoria do desempenho dos papéis familiares e/ou sociais. - Encorajar a adoção de medidas adaptativas por parte da família, e de cada membro individualmente. - Promover a esperança. - Executar terapia familiar.

Fonte: Adaptado da CIPE²⁶ versão 2015 e NIC²⁷.

Durante a intervenção, é fundamental fazer uma avaliação contínua do progresso no sentido de alcançar as metas (técnicas de auto-monitorização, autoavaliação da intervenção e respetivo *feedback*). Destacamos, por isso, um diálogo socrático (aprendizagem ativa) e a descoberta guiada, que lhes permitirá conhecer as estratégias que estão na base das suas dificuldades, e as estratégias alternativas para a resolução dos seus problemas²⁸.

A **avaliação contínua do plano de cuidados** possibilita ao enfermeiro avaliar o envolvimento e a motivação do utente e família no tratamento, bem como, o progresso em relação à concretização dos objetivos. Permite ainda reexaminar os objetivos, a adesão ao plano de tratamento, a retenção e a segurança. Por fim, promove a utilização dos resultados da avaliação para ajustar o plano de cuidados existente.

Com o decorrer do processo terapêutico, espera-se que o enfermeiro seja cada vez menos interveniente, e que cada família consiga resolver de forma mais autónoma os problemas com que se depara. Dada a possibilidade de recaídas, é fundamental a realização de *follow-up* (com intervalos progressivos).

Situação clínica

O Sr. João tem 45 anos de idade, é canalizador de profissão, foi referenciado para uma avaliação psiquiátrica depois da sua família ter manifestado preocupação pelos seus problemas de álcool estarem a ficar descontrolados. O senhor João negou ter voltado a beber depois de ter marcado a consulta três dias antes.

Nos vinte anos seguintes a ter terminado o ensino secundário, o utente bebia habitualmente três a cinco cervejas por noite, cinco vezes por semana. No decurso dos últimos sete anos bebia bebidas alcoólicas quase diariamente, com um consumo médio de seis cervejas por noite, durante a semana, e doze aos sábados, domingos e feriados. A sua mulher manifestou repetidamente a preocupação de que ele «andava a beber demasiado», mas, apesar dos seus esforços para limitar a ingestão de álcool, o senhor João continuou a passar a maior parte do tempo aos fins de semana a beber, por vezes faltando a reuniões familiares e adormecendo frequentemente diante da televisão, à noite. Estes acontecimentos têm trazido algumas discussões familiares.

Porém, manteve-se produtivo no trabalho e nunca faltou. O senhor teve dois períodos de dois meses de abstinência nos últimos quatro anos. De ambas as vezes, disse que o tinha feito «de repente», por causa da preocupação da mulher. Negou ter tido sintomas de abstinência em qualquer das ocasiões.

Nos seis meses anteriores à avaliação, o utente tornou-se, de forma incaraterística, irritável, fatigado e preocupado com a sua situação familiar e profissional. Não

conseguia retirar prazer das suas atividades habituais, incluindo a alimentação e a atividade sexual, para além de ter dificuldades de concentração. Também refere que se sente angustiado e que tem sido um mau pai, que não serve para nada. O utente acorda com frequência por volta das duas horas da madrugada e refere dificuldade em voltar a adormecer, o que o leva a ir à cozinha e beber alguns copos de vinho até adormecer. Diz que isso é normal e se quiser consegue deixar de beber.

O senhor João está casado há dezoito anos e tem uma filha com dezassete anos. Terminou o ensino secundário e frequentou a faculdade durante dois anos, sendo atualmente proprietário de uma empresa de canalizações bem-sucedida. O utente negou qualquer outra história de problemas mentais e físicos, bem como história de mania ou tentativas de suicídio. Nunca tinha consultado um psiquiatra.

Na consulta, o senhor João apresentou-se cuidadosamente vestido, manteve bom contacto visual e não evidenciou confusão nem sintomas psicóticos.

Questões

Tendo em consideração o caso clínico:

1. Que focos de enfermagem identifica?
2. Que diagnósticos de enfermagem identifica?
3. Elabore as intervenções de enfermagem.

Orientação

Os focos / diagnósticos serão identificados de acordo com os dados presentes no caso clínico.

Os dados que justificam a identificação do foco ou do diagnóstico devem constar na justificação.

O plano de cuidados apresenta-se com algumas propostas de intervenção, atividades terapêuticas (que complementam a intervenção e ajudam na operacionalização da intervenção) e resultados esperados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2016). Relatório Anual 2015: A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa: Autor.
2. Balsa, C., Vital, C. & Urbano, C. (2017). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*. Lisboa: SICAD.
3. Carbia, C., Cadaveira, F., Caamaño-Isorna, F., Holguín, S. & Corral, M. (2017). Binge Drinking Trajectory and Decision-Making during Late Adolescence: Gender and Developmental Differences. *Frontiers in Psychology*, 8(783): 1-10.
4. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD]. (2017). Relatório Anual 2016. A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. Lisboa: Autor.
5. Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO] (2015). *Clinical best practice guideline: Engaging Clients Who Use Substances*. Toronto, Author.
6. Gomez, P., Gutiérrez, M. & Moreira, R. (2011). Percepção da doença: uma avaliação a ser realizada pelos enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64: 925-930.
7. Moreira, R. (2014). Consumo de substâncias na adolescência. In P. Monteiro (Ed.), *Psicologia e psiquiatria da infância e adolescência* (pp. 359-382). Lisboa: Lidel Edições Técnicas, Lda.
8. Jones, J., Fitzpatrick, J. & Rogers, V. (2012). *Psychiatric-mental health nursing. An Interpersonal Approach*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0-8261-0563-9.
9. Chalifour, J. (2008). *A Intervenção Terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (vol. 1). Loures: Lusodidacta.
10. American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author

11. Smedslund, G., Berg, R., Hammerstrøm, K., Steiro, A., Leiknes, K., Dahl, H. & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(5): 1-130.
12. Silva, A., Pissarra, A., Marques, F., Mourão M., Mendes, M. & Freire, P. (2011). A eficácia da entrevista motivacional na redução do consumo abusivo de álcool, na pessoa adulta – Revisão Sistemática da Literatura. *Revista Toxicodependências*, 17(3): 37-46.
13. Miller, W. & Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people change*, Third Edition. New York, NY: The Guilford Press.
14. Marlatt, G. & Gordon, J. (2009). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artmed.
15. Alvarez, S., Gomes, G., Oliveira, A. & Xavier, D. (2012). Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33: 102-108.
16. McQueen, J., Howe, T. E., Allan, L., Mains, D. & Hardy, V. (2011). Brief interventions for heavy alcohol users admitted to general hospital wards. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(8): 1-57.
17. Direção Geral da Saúde [DGS]. (2014). Norma nº 036/2012 atualizada em 21/08/2014 - *Diagnóstico de Policonsumos e Intervenção Breve em Adolescentes e Jovens*. Lisboa: DGS. Recuperado a 4 de novembro de 2019 em <https://nocs.pt/policonsumos-adolescentes-e-jovens/>
18. Hester, R. & Miller, W. (1995). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. 2 ed. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
19. Sousa, L., Mendes, A. & Relvas, A. (2007). *Enfrentar a velhice e a doença crónica*. Lisboa: Climepsi Editores.
20. Vargas N. & Zago, M. (2005). El sufrimiento de la esposa en la convivencia con el consumidor de bebidas alcohólicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13: 806-12.
21. Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto.

22. Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar, *Gestão e Desenvolvimento*, 19: 139-156.
23. Seabra, P. & Negrão, R. (2011). Família com filhos adolescentes. A complexidade... e no fim, terapia de casal. *Mosaico*, 47: 23 - 29.
24. O'Brien, M. (2011). An evaluation of a screening and brief intervention pilot project for hazardous and harmful drinkers within the accident and emergency department of Manchester Royal Infirmary. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18: 440-448.
25. Heather, H. & Kamitsuru, S. (2015). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2015-2017. Porto Alegre: Artmed.
26. International Council of Nurses [ICN] (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE®/ICNP), versão 2015*. Versão portuguesa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
27. Bulechek, G., Butcher, H., & Dochterman, J. (2016). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) (5.ª ed.)*. Rio Janeiro: Mosby Elsevier.
28. Knapp, P. & Beck, A. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30: 54-64.