



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialidade de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

Por: José Figueiredo Rodrigues

Porto, Março de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa – Porto, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com a Especialidade de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

Por: José Figueiredo Rodrigues

Sob orientação de Professora Regina Sousa

Porto, Março de 2011

Agradecimentos

À Professora Regina Sousa pela disponibilidade, empenho, dedicação, orientação e simpatia que sempre demonstrou ao longo deste percurso.

Aos meus irmãos, cunhados (as) e a toda a família, pelo incentivo e partilha de todos os momentos.

Aos meus Pais, pelas oportunidades e pelo amor que nunca faltaram.

À Filipa, companheira e confidente desta e de todas as jornadas.

Bem hajam.

LISTA DE SIGLAS / ABREVIATURAS

HSTV – Hospital São Teotónio Viseu

OE – Ordem dos Enfermeiros

ESMP – Especialidade Saúde Mental e Psiquiatria

EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EESM – Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

IDT, IP – Instituto da Droga E Toxicoddependência, Instituto Publico

PCI – Prestador de Cuidados Informal

DSMP – Departamento Saúde Mental e Psiquiátrica

CRI – Centro de Respostas Integradas

VIH – Vírus Imunodeficiência Humana

SPA – Substancias Psicoactivas

Resumo

Este Relatório descreve e relata os caminhos percorridos nos diferentes módulos de Estágio, no sentido da aquisição de competências na área de especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. O Estágio desenvolveu-se em três Módulos (I, II e III) que decorreram entre os dias 19 de Abril e 19 de Junho de 2010, os dias 6 de Outubro e 27 de Novembro de 2010 e os dias 29 de Novembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011, no Centro de Saúde de Castro Daire, Departamento de Psiquiatria do HSTV e Unidade de Desabilitação de Coimbra do Instituto da Droga e Toxicoddependência, respectivamente.

Desenvolveram-se actividades em diferentes domínios da enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, reflectindo a diversidade e multiplicidade de áreas em que foi necessário aprofundar e desenvolver conhecimentos e competências.

Das actividades desenvolvidas, destaco aquelas com vista ao desenvolvimento de competências na área de actuação da Especialização em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, nomeadamente no âmbito de intervenção na Saúde Escolar, redução de comportamentos de risco da população toxicoddependente, em sessões de educação para a saúde, em utentes internadas no Departamento de Psiquiatria do Hospital São Teotónio de Viseu, e no planeamento de intervenções junto dos prestadores de cuidados informais/familiares.

Abstract

This Report describes the paths followed in different stage modules, towards the acquirement of skills in the specialization field of Mental Health and Psychiatry Nursing. The stage was developed in three modules (I, II and III) that took place between 19th April and 19th June 2010, 6th October and 27th November 2010 and 29th November 2010 and 31th January 2011, respectively in the Health Center of Castro Daire, Department of Psychiatry of HSTV and Coimbra's Detoxification Unit of IDT.

Many practical activities were developed in different fields of Mental Health and Psychiatry Nursing, reflecting the diversity and the multiplicity of fields in which it was necessary to deepen and develop knowledge and skills.

Among the developed activities, emphasize those ones that allowed the development of skills in Specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing area of operation, mainly the intervention on School Health, the reduction of risk behaviors of drug-using population, the health education meetings for users admitted into the Psychiatry Department of HSTV, and the planning interventions among providers of informal care/ family.

INDICE

INTRODUÇÃO.....	7
1. MODULO I – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS.....	10
1.1 Consulta de Enfermagem	11
1.2 Sessão de Educação para a Saúde (1).....	13
1.3 Sessões de Educação para a Saúde (2).....	16
2. MODULO II – INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO.....	19
2.1 Intervenção com o Prestador de Cuidados Informal.....	19
2.2 Reunião Comunitária.....	27
3. MODULO III – OPCIONAL.....	31
3.1 Dinâmica de Grupo.....	31
3.2 Sessão de Educação para a Saúde (3).....	34
4. CONCLUSÃO.....	37
5. BIBLIOGRAFIA.....	40
ANEXO I - Drogas lícitas e ilícitas – Consequências a curto e Longo Prazo	
ANEXO II - Alterações Fisiológicas na Adolescência e Sexualidade	
ANEXO III - Intervenção ao Prestador de Cuidados Informal	
ANEXO IV - HIV – SIDA	

INTRODUÇÃO

O presente documento decorre da unidade curricular Relatório, que integra o Plano de Estudos do Curso de Mestrado Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, pretendendo ser o relato final das actividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo dos três módulos de Estágio realizados, e de igual modo servir como instrumento de avaliação.

A Ordem dos Enfermeiros no modelo de “Desenvolvimento Profissional” (2007,p.14) propõe como conceito para Enfermeiro Especialista *“O Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”*. Face à aprovação do Modelo de Desenvolvimento Profissional em Maio de 2007, estruturado em dois eixos, a certificação de competências e o sistema de individualização de especialidades constituem áreas com importância própria relativamente ao desígnio fundamental da OE.

Conforme referido no preambulo do regulamento das competências do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde mental, publicadas a 18 de Fevereiro de 2011, em Diário da Republica,

“As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental, diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam. O EESM compreende os processos de sofrimento, alteração e perturbação mental do cliente assim como as implicações para o seu projecto de vida, o potencial de recuperação e a forma como a saúde mental é afectada pelos factores contextuais. Assim, a Enfermagem de Saúde Mental foca -se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em Enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.”

Com vista à obtenção da especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria o desenvolvimento deste estágio teve subjacente a definição dos objectivos e competências a adquirir, preconizadas no Guia de Orientação da unidade curricular, que se concretiza em contextos da prática através da realização de um projecto individual.

A escolha dos locais de estágio resultou de uma opção pessoal e desenvolveu-se em três Módulos, no período entre 19 de Abril a 19 de Junho de 2010, no Centro de Saúde de Castro Daire o modulo I, no período de 6 de Outubro a 27 de Novembro de 2010, modulo II, no Departamento de Psiquiatria do HSTV – Sector feminino, e por fim no período de 29 de Novembro de 2010 a 31 de Janeiro de 2011 na Unidade de Desabilitação de Coimbra do IDT, o modulo III, sendo este o módulo opcional.

Fazia-me todo o sentido desenvolver um projecto que contribuísse de algum modo para a melhoria da oferta de cuidados à população que pudesse ter continuidade no futuro e não como simples cumprimento de uma exigência curricular. Em virtude da minha experiência profissional no campo da problemática da toxicodependência num trabalho de proximidade com os indivíduos, famílias e comunidades, a minha intervenção no módulo I - Centro de Saúde de Castro Daire visou, entre outras, a prevenção a diferentes níveis, relativamente há problemática dos comportamentos aditivos. Foi também um dos meus objectivos pessoais neste módulo, aproximar a equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Castro Daire da Equipa de Tratamento de toxicodependência, á qual pertenço, e desta forma, melhorar toda a articulação institucional, da qual beneficiam os utentes que as duas instituições têm em comum.

O módulo II de estágio, decorreu no Departamento de Psiquiatria do HSTV – Sector Feminino, intervindo com doentes em situação aguda relativamente a problemas de Saúde Mental e Psiquiatria, constituindo-se desta forma um módulo essencial no meu processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, tendo em conta que no contexto de meu percurso profissional não havia trabalhado em Internamento de Psiquiatria, a minha experiencia nesta área resumia-se ao percurso enquanto aluno do curso de base. Para além de outras, excelentes, oportunidades de aprendizagem e actividades desenvolvidas, gostaria de destacar a intervenção efectuada no planeamento e desenvolvimento, de uma consulta de Enfermagem para o familiar / Prestador de Cuidados informal, a efectuar pelo EESMP, mediante o levantamento de determinados diagnósticos de Enfermagem do catálogo CIPE.

Relativamente ao módulo III - opcional, foi desenvolvido na Unidade de Desabilitação de Coimbra do IDT. I.P. Tendo em conta que a minha actuação enquanto profissional de Enfermagem se desenvolve, regularmente, com indivíduos, famílias, com problemas ligados á adição de substâncias, em contexto ambulatorio, pretendia em termos pessoais, aprofundar conhecimentos nesta área e desenvolver competências enquanto futuro EESMP, em contexto de internamento. De todas as actividades desenvolvidas gostaria de colocar ênfase, nas dinâmicas de grupo efectuadas, com o intuito da prevenção de recaída, e ainda nas consultas de Enfermagem individualizadas, que tinham como objectivo primordial a motivação para a mudança.

Deste modo, o presente documento pretende descrever as actividades desenvolvidas ao longo dos diferentes módulos de estágio; reflectir sobre essas mesmas actividades de forma crítica e fundamentada.

A metodologia usada na elaboração deste documento basear-se-á na análise descritiva, crítica e reflexiva e utilizando como estratégias/recursos: a pesquisa bibliográfica para fundamentação das actividades; a utilização do Portfólio elaborado durante o Estágio com vista à consulta e reflexão sistemática sobre as actividades desenvolvidas; reuniões com Professora Orientadora e Enfermeiras responsáveis em cada módulo, visando a orientação científica e a acuidade crítica no decurso do estágio; o recurso permanente à relação comparativa entre as actividades desenvolvidas e os objectivos fixados; e a análise comprometida com a aquisição de competências no âmbito do exercício profissional especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

1. MÓDULO I – PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS

O Centro de Saúde é a Unidade Básica do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que se constitui como primeira responsável pela promoção e melhoria dos níveis de Saúde da população onde está inserida.

Assim, o Centro de Saúde de Castro Daire é coordenado pela Sub-Região de Saúde de Viseu e depende da Administração Regional de Saúde do Centro.

Oferece aos cidadãos, desde o nascimento até à morte, os cuidados essenciais para vigiar a sua Saúde. Também, são prestados os cuidados necessários, aos que, forem portadores de doença crónica ou se surgirem doenças recentes. Presta cuidados de saúde de qualidade, personalizados e continuados, independentemente do sexo, idade, raça ou patologia.

O Centro de Saúde de Castro Daire tem como missão:

- Melhorar os níveis de Saúde da população do concelho de Castro Daire através da promoção da saúde; prevenção, diagnóstico e tratamento da doença; da reabilitação e reinserção social do indivíduo/família;
- Encaminhar para cuidados secundários (quando a situação o justifica) os seus utentes devidamente referenciados, articulando-se com os estabelecimentos hospitalares;
- Satisfazer e antecipar as necessidades reais do indivíduo/família e da comunidade;
- Actuar de acordo com padrões de qualidade técnico-científica, de eficiência e eficácia, elevando assim os ganhos em saúde.

Integra profissionais de vários sectores, Médicos, Enfermeiros, Administrativos, Auxiliares de Acção Médica e Psicólogo.

De acordo com um protocolo existente entre o Centro de Saúde de Castro Daire e a Equipa de Tratamento do CRI de Viseu, existem utentes em programa de substituição opiácea com Cloridrato de Metadona, que a fazem a sua toma diária, sob administração da equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Castro Daire. Como é sabido o tratamento da dependência de opiáceos, vai muito para além da terapêutica que é administrada, sendo necessário, trabalhar com estes utentes os aspectos motivacionais, para a paragem/redução do padrão de consumo, trabalhar possíveis situações de risco, etc.

1.1 – Consulta de Enfermagem

O Tratamento constitui um dos pilares fundamentais da acção estratégica do IDT, IP. na diminuição dos riscos e das consequências dos consumos de substâncias psicoactivas lícitas e ilícitas.

Esta área de missão (tratamento) norteia a sua intervenção, tendo por base os seguintes pressupostos:

1. Garantir, a toda a população que o deseje, acesso em tempo útil a respostas terapêuticas integradas;
2. Disponibilizar uma oferta diversificada de programas de tratamento e de Cuidados, contemplando uma vasta gama de abordagens psicossociais e farmacológicas, orientadas por princípios éticos e pela evidência científica;
3. Promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados ao nível dos Programas e Intervenções Terapêuticas

Para atingir estes objectivos, o IDT, IP. criou uma rede interna de serviços de tratamento que constituem a base da sua actividade específica, mas que só poderá funcionar plenamente se contar com a prestação de cuidados complementares de saúde e de suporte social, que deverão ser prestados pelas instituições, serviços e grupos sociais existentes na comunidade e que constituem a rede externa de suporte ao tratamento.

Ao abrigo do protocolo existente entre o Centro de Respostas Integradas de Viseu e o Centro de Saúde de Castro Daire, como referido anteriormente, existem utentes deste Centro de Saúde a cumprir programa de substituição opiácea com metadona, que efectuem as suas tomas diárias neste Centro de Saúde.

Tendo em conta a dificuldade destes utentes em se deslocarem ao CRI de Viseu, e a possibilidade, através de agendamento com os próprios utentes, propus-lhes a realização de consultas de Enfermagem, bem como a aplicação do teste rápido de rastreio de VIH, com o respectivo aconselhamento, e garantia de encaminhamento em caso de reactividade do teste de rastreio.

Tendo a consulta de Enfermagem por objectivo facilitar os processos de transição da pessoa dependente ao longo do tratamento, ajudando-a a enfrentar as dificuldades com que se depara no momento, qualquer que seja o seu estado de saúde/doença e procura-se que as experiências vividas neste processo sejam promotoras de saúde e bem-estar.

Através desta consulta, o Enfermeiro colabora com o Utente (doente/família) contribuindo para o alívio do seu mal-estar, prevenindo possíveis complicações de saúde decorrentes da sua dependência,

ajudando-o na gestão de tomada de medicamentos e promovendo o tratamento adequado de outras doenças associadas de que, eventualmente, o Utente seja portador – se necessário encaminhando-o para outros técnicos e/ou outros estabelecimentos (Hospitais ou Centros de Saúde).

Nesse sentido, foram efectuadas consultas de enfermagem a quatro utentes que se encontram, ao abrigo da rede de cuidados que integram o IDT, a efectuar tomas no Centro de Saúde de Castro Daire.

A dois dos utentes foram levantados os diagnósticos de Enfermagem semelhantes: *Adesão ao regime terapêutico comprometido*, visto que estes dois utentes não estavam a cumprir parte dos pressupostos que implica o programa de substituição opiácea com metadona. Foram feitas as seguintes intervenções:

1. Assistir na identificação dos motivos da não adesão ao regime de tratamento
2. Ensinar sobre a necessidade de manter regime de tratamento
3. Negociar adesão ao regime de tratamento
4. Procurar e/ou interpretar sinais ou indícios relativos a adesão ao regime de tratamento
5. Referir para consulta médica
6. Reforçar necessidade de abstinência

De referir que foram marcadas consultas médicas, de Psicologia de Serviço Social e de Enfermagem para estes utentes no CRI de Viseu, sendo que todos os utentes compareceram, tendo sido revisto o projecto terapêutico destes utentes.

Os outros dois utentes (sendo conjugues) encontram-se em programa de metadona, apesar de estarem abstinentes e a cumprir programa de metadona, referiram os dois embora em consultas separadas, dificuldade na vivencia da sua sexualidade, por dificuldades no uso de preservativo decorrente de um dos parceiros ser portador de Hepatite C, e ter recusado até á data efectuar o tratamento. Este utente foi encaminhado para consultas com a equipa terapêutica do CRI de Viseu, tendo já sido feito encaminhamento do utente para efectuar tratamento no serviço de Infecçologia do HSTV.

Para além disso foram feitos ensinios ao casal sobre a forma correcta do uso do preservativo, tendo sido desmistificados, falsos conceitos acerca das doenças sexualmente transmissíveis, e as formas de prevenção de contágio.

Foram aplicados testes rápidos de rastreio de VIH aos utentes que se encontram em programa de substituição com metadona, e realizados respectivos ensinios, sendo que caso houvesse, resultados reactivos estes utentes seriam encaminhados para o HSTV, ao abrigo do protocolo existente entre o IDT e o HSTV.

Todos os utentes apresentaram resultados negativos para o teste de rastreio, tendo sido no entanto, identificados alguns comportamentos de risco, como por exemplo, relações sexuais com mais que um

parceiro/a, não protegidas pelo uso de preservativo, partilha de objectos cortantes/perfurantes. Todos os comportamentos de risco identificados, foram trabalhados em consulta de Enfermagem.

Os utentes no final da consulta de Enfermagem mostraram-se “aliviados”, pelo resultado ter sido negativo, e referiram estar mais esclarecidos acerca das doenças sexualmente transmissíveis, e as formas de prevenir/evitar contágios.

1.2 – Sessão de Educação para a Saúde (1)

Tendo em conta os objectivos para este primeiro módulo, e a minha experiencia profissional na área das dependências, e após a entrevista com a Enfermeira orientadora deste campo e estágio, planeei e efectuei também uma intervenção junto dos alunos do agrupamento de escolas de Castro Daire, dos 7º e 8º ano, sob o tema **“Drogas lícitas e ilícitas – Consequências a curto e Longo Prazo”**

O principal objectivo desta acção de prevenção foi sem dúvida, ajudar a prevenir o início do consumo de qualquer substância psicoactiva, com especial incidência nos jovens adolescentes. Os estudos têm mostrado que os consumos de substâncias psicoactivas (SPA), tal como outros comportamentos de risco, se iniciam em idades cada vez mais precoces. Daqui deriva que retardar a idade de início dos consumos é uma prioridade e indica que a intervenção deverá incidir em grupos etários mais jovens, o que aponta para acções continuadas em meio escolar. Por outro lado, verifica-se que os actuais padrões de consumo dos jovens passam pelo policonsumo que, de um modo geral, inclui o álcool e acontece em contextos de lazer.

Assim, a intervenção junto de jovens com padrões de consumo de SPA em contexto escolar, é uma prioridade de intervenção. Fornecer informação e competências para não iniciar ou cessar os consumos é um meio de contribuir para a diminuição e a frequência e/ou a intensidade dos consumos prevenindo também os comportamentos de risco associados.

As estratégias preconizadas para a intervenção em prevenção são de três tipos: prevenção universal, dirigidas à população em geral; prevenção selectiva (a que foi efectuada), dirigidas a grupos com factores de risco associados; e prevenção indicada, dirigidas a indivíduos com padrões de risco acentuados ou comportamentos de risco.

As sessões tiveram os seguintes objectivos específicos:

1. Compreender as alterações provocadas, no organismo, resultantes do consumo dos diferentes tipos de drogas;
2. Perceber as atitudes a tomar para prevenir o inicio do consumo dos diferentes tipos de drogas;

3. Perceber a importância da manutenção da abstinência no que respeita aos consumos de drogas;
4. Perceber que é possível a integração em diversos grupos de lazer, sem a necessidade de efectuar consumo de substâncias aditivas.

A sessão de educação para a saúde decorreu, conforme planeado, no dia 2 de Junho de 2010.

Participaram 59 alunos com idade média de 13,4 anos de idade.

Da avaliação feita, através da dinâmica da própria sessão de Educação, pela participação e interesse que os alunos participantes demonstraram, o balanço é extremamente positivo, uma vez que no período de debate, as questões colocadas pelo grupo de alunos participantes foram em número considerável, sendo que o período de debate excedeu os vinte minutos.

De referir também que no final da sessão em conversa informal com o grupo de professores que presenciaram a sessão bem como a psicóloga do agrupamento de escolas de Castro Daire, foram unânimes em reconhecer a importância de repetir sessões de educação sobre esta temática, de forma frequente e concertada, nesta faixa etária e em contexto escolar.

Seguidamente apresentam-se as conclusões sumárias que emergem da avaliação feita através dos questionários anónimos, que os alunos preencheram no final da sessão de Educação para a Saúde, em que os diferentes itens poderiam ser avaliados como: **Não Satisfaz, Satisfaz Pouco, Satisfaz ou Satisfaz Muito.**

1. 70% dos alunos presentes na sessão avaliou com **Satisfaz Muito**, o **interesse dos conteúdos** apresentados na sessão, sendo que apenas 7% avalia este item, como **Satisfaz Pouco**, não havendo respostas para o item **Não satisfaz**;
2. Relativamente à **clareza da exposição** dos conteúdos apresentados, a maior parte dos inquiridos, 66%, consideraram-na como **Satisfaz muito**;
3. Avaliaram com **satisfaz Muito** 65% dos alunos, **relativamente ao valor do conteúdo apresentado** para a sua formação;
4. Relativamente à **adequação do formato da sessão** 60% dos alunos avaliaram-na como **Satisfaz**;
5. Quanto à **duração da sessão** 35% dos alunos avaliaram com **Satisfaz pouco** e a mesma percentagem considerou que a duração da sessão deveria ser avaliada com **Satisfaz muito**;
6. Relativamente às **instalações** onde decorreu a sessão e **organização logística**, a maior parte dos alunos (75%) consideraram como **Satisfaz**

De realçar ainda, que nas questões abertas, onde era solicitado que os alunos indicassem os aspectos positivos e negativos da sessão não se obtiveram respostas.

Em termos gerais penso que os objetivos delineados aquando do planeamento desta sessão de educação para a saúde foram amplamente atingidos. Em Anexo I, encontram-se o plano de sessão que serviu de base ao planeamento da sessão de educação, bem como os diapositivos apresentados.

1.3 – Sessões de Educação para a Saúde (2)

Ao abrigo do Programa de Saúde Escolar do Centro Saúde de Castro Daire, colaborei nas sessões de educação para a Saúde aos alunos dos 6º e 7º anos de escolaridade do Agrupamento de escolas de Castro Daire, sobre a temática, “Alterações Fisiológicas na Adolescência e Sexualidade”

A sexualidade, embora de formas diferentes, está presente ao longo de toda a vida. Todos somos seres sexuados e existe sexualidade nas crianças, nos jovens, adultos, idosos e deficientes. Vários estudos mostram que quanto mais informados, maiores são a responsabilidade dos jovens de ambos os sexos, face à sexualidade. A educação para a sexualidade é uma questão muito mais abrangente do que a simples transmissão de informação sobre os órgãos sexuais femininos e masculinos, a contraceção, ou as doenças sexualmente transmissíveis.

Os conhecimentos sobre sexualidade podem servir para desenvolver as capacidades de comunicação, de entendimento mútuo, de ternura, de sensibilidade e de responsabilidade em relação aos outros.

A falta de comunicação entre adultos, jovens e adolescentes é um dos grandes obstáculos a vencer. A sexualidade é uma das áreas do desenvolvimento humano, o que implica aprendizagem.

Essa aprendizagem faz-se de uma forma informal, determinada pelas experiências do quotidiano, mas também formal/intencional com recurso a profissionais, assumindo a escola e o professor em colaboração com o enfermeiro do centro de Saúde ao abrigo dos projectos um meio educativo por excelência, sendo que o enfermeiro especialista, também terá na minha opinião uma importância extrema na promoção de estilos de vida saudável no que diz respeito às vivências das alterações fisiológicas e emocionais que ocorrem na adolescência, para promover a salutar descoberta da sexualidade, muitas vezes problemática nesta fase da vida e que poderão repercutir-se no futuro, sendo também um problema alvo da saúde mental.

Por tudo isto, se compreende a importância de uma intervenção a este grupo, no sentido de inculcar hábitos e estilos de vida saudáveis, no que diz respeito à vivência salutar das alterações que ocorrem em catadupa na fase da adolescência.

Esta intervenção teve os seguintes objetivos específicos:

5. Compreender as alterações dos caracteres sexuais primários e secundários em ambos os sexos.

6. Perceber as atitudes a tomar para uma vivencia salutar das alterações que ocorrem na adolescência.
7. Compreender a fisiologia dos ciclos sexuais.
8. Perceber a importância da prática do uso de métodos contraceptivos (especifico das turmas do sétimo ano)
9. Perceber a necessidade de cuidados de higiene mais frequentes a partir da adolescência.

As sessões de educação para a saúde decorreram, conforme planeado, nos dias 17, 21 e 25 de Maio de 2010, tendo sido efectuadas 2 sessões em cada dia.

Participaram 120 alunos na totalidade das 6 acções desenvolvidas, com idades médias de 11,5 anos de idade.

Da avaliação feita, através da dinâmica das diferentes sessões de Educação realizadas sobre a temática da sexualidade, e tendo em conta que houve algumas diferenças de turma para turma, ainda assim, e a avaliar pela participação e interesse que os alunos, de uma forma geral, demonstraram, a balanço é extremamente positivo, uma vez que no período de debate, as questões colocadas pelo grupo de alunos participantes foram em número considerável, tendo a maior parte deles apresentado as suas dúvidas sem grandes constrangimentos, que o próprio tema poderia causar-lhes.

Seguidamente apresentam-se as conclusões que emergem da avaliação feita através dos questionários anónimos, que os alunos preencheram no final da sessão de Educação para a Saúde, em que os diferentes itens poderiam ser avaliados como: **Não Satisfaz, Satisfaz Pouco, Satisfaz ou Satisfaz Muito.**

1. 60% dos alunos presentes na sessão avaliou com **Satisfaz Muito**, o **interesse dos conteúdos** apresentados na sessão, sendo que apenas 10% avalia este item, como **Satisfaz Pouco**, não havendo respostas para o item **Não satisfaz**;
2. Relativamente à **clareza da exposição** dos conteúdos apresentados, a maior parte dos inquiridos, 64%, consideraram-na como **Satisfaz muito**;
3. Avaliaram com **Satisfaz Muito** 75% dos alunos, **relativamente ao valor do conteúdo apresentado** para a sua formação;
4. Relativamente à **adequação do formato da sessão** 80% dos alunos avaliaram-na como **Satisfaz**;
5. Quanto à **duração da sessão** 55% dos alunos avaliaram com **Satisfaz Muito**, sedo que ainda 25% considerou como **Satisfaz Pouco** a duração da sessão;
6. Relativamente as **instalações** onde decorreu a sessão e **organização logística**, a maior parte dos alunos (55%) consideraram como **Satisfaz**

De realçar ainda, que nas questões abertas, onde era solicitado que os alunos indicassem os aspectos positivos e negativos da sessão obtiveram-se apenas 11 respostas dos 120 alunos participantes.

Na generalidade, penso que os objectivos gerais e específicos delineados aquando do planeamento destas sessões de educação para a saúde foram amplamente atingidos. Em Anexo II, encontram-se o plano de sessão que serviu de base ao planeamento da sessão de educação, bem como os diapositivos apresentados.

2. MODULO II - INTERVENÇÃO NA CRISE DO ADULTO

Este 2º Modulo decorreu no período de 06/10/2010 – 27/11/2010, tendo sido desenvolvido no Departamento de Psiquiatria – Sector feminino - do Hospital São Teotónio de Viseu, tendo do meu ponto de vista sido um módulo fulcral no meu processo de desenvolvimento/aquisição de competências enquanto Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria.

2.1 – Intervenção com o Prestador de Cuidados Informal

Após entrevista com a Enfermeira orientadora deste módulo de estágio e indo de encontro ao meu projecto para esta fase, fui desafiado, a desenvolver um plano de acção para intervenção aos Prestador de Cuidados Informal/Familiar.

A família é considerada o grupo social primário, variando a sua composição e papel ao longo das culturas e épocas. O grupo social família pode incluir entre os seus membros indivíduos que estão ou não ligados biologicamente entre si. Ela é um mundo de relações e o espaço social onde se realizam os factos da vida vinculados ao corpo biológico, com o nascimento, o acasalamento, o envelhecimento e a morte (Sarti,2004).

A família, como célula vital para a saúde humana, é o contexto dentro do qual evolui a saúde do indivíduo. Ela influencia de maneira significativa as crenças dos seus membros, as suas atitudes e os comportamentos relativos á saúde e a doença. Hábitos como a alimentação, o uso de álcool e tabaco, a pratica de exercícios físico e a maneira de lidar com as situações de stress desenvolvem-se dentro do contexto familiar. (Duhamel,1995)

A confirmação do diagnostico e o inicio da doença constituem alguns dos factores que geram inúmeras mudanças no contexto familiar. A família vive uma situação de stress que culmina com a desorganização de todo o grupo social. A vida familiar é interrompida e a trajectória de vida dos seus membros pode ser modificada (Teschinky,2000). As relações familiares são afectadas instalando-se um estado de tensão que pode perdurar por um longo período de tempo (Saunders e tal,2002). Cada família reage de maneira diferente e tem o seu próprio estilo de lidar com o problema, possuindo uma visão muito particular do mundo, códigos de comportamento, papéis de género, conceitos de tempo e espaço, gíria e linguagens próprias, histórias, mitos, rituais e os seus próprios meios de comunicar os sofrimentos psicológicos aos outros membros e a comunidade (Helman,1994)

A doença mental quer seja de início súbito ou insidioso, é sempre um factor de stress, modificando a estrutura habitual da família, o que origina uma situação de crise. Exige pois uma capacidade de reorganização rápida e eficiente para manter todo o equilíbrio a nível da dinâmica familiar.

O viver dia a dia com a pessoa portadora de doença mental, é frequentemente gerador de grande sofrimento, angustia, conflitos, culpabilidade, raiva e ansiedade, provocando na família níveis elevados de stress, em consequência da exaustão que a própria adaptação provoca.

Na maioria das doenças mentais, o seu curso manifesta-se por uma sequencia de crises alternadas por períodos estáveis nos quais a família mantém a sua rotina “normal”. No entanto o espectro da recorrência de uma nova crise é, por si só, coadjuvante de níveis permanentes de ansiedade que passa a ser vivida por toda a família. (Rolland, 1995, p.375)

Para uma intervenção a nível familiar, o Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria, deverá fazer uma avaliação do impacto que o distúrbio psíquico causou, no contexto do ciclo de vida quer do doente quer da família. Deverá ter em conta a individualidade e a autonomia de todos os elementos da família. Poderá haver necessidade de alguns (ou algum) elementos alterarem, ou até, desistirem de algum (s) projecto de vida.

Os recursos económicos disponíveis poderão ser também afectados, podendo ser até, insuficientes para a satisfação das necessidades família. Caso a doença afecte um dos pais, ou outro elemento da estrutura familiar com responsabilidades na economia da mesma, o impacto da doença naquela família será necessariamente maior e mais nefasto na dinâmica familiar.

A actual política de Saúde Mental tende a proclamar o lugar do doente na sociedade/comunidade e preferencialmente na família. No entanto, torna-se imperativo avaliar os medos e receios da família bem como ajudar a família a desenvolver competências para lidar com o indivíduo portador de doença mental.

Sendo aceite, que grande parte das famílias têm capacidade de manter/receber o seu doente no seu seio familiar, e assumir o papel de cuidadoras, o diagnostico clínico, o estigma, a fadiga, o desgaste, os sentimento de culpa, a alteração das dinâmicas familiares, o desconhecimento dos recursos existentes... impede-os de olhar para a situação de forma menos dolorosa e incapacitante.

Será assim da competência do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria, criar um espaço e ambiente, para a família do doente expor as suas dúvidas, os medos, o sofrimento, de forma confiante, expressando livremente tudo o que sentem. “...quanto mais cedo a família consegue compreender a doença e estabelecer relações apropriadas com a pessoa doente, mais hipóteses tem de continuar uma

célula equilibrada e harmoniosa.” (Póvoa e Silva,1997,p.42). Assim o enfermeiro poderá antecipar-se á crise e contribuir para a preservação da dinâmica familiar saudável, ingrediente indispensável á reabilitação do doente.

Cuidar da família é urgente, para que ela cuide do seu familiar, “Em certas situações, funciona melhor um apoio á família do que ao doente” (Correia, 1998, p.14), já que as famílias têm no seu interior recursos que muitas vezes desconhecem, e que nós técnicos, temos de ajudar a descobrir e desenvolver. A reabilitação do doente será tanto mais facilitada quanto mais conhecimentos a família tiver sobre os estádios da doença (Póvoa e Silva, 1997), adequando assim o seu clima emocional exigências, às capacidades do seu familiar, delineando estratégias e atitudes no âmbito do cuidar.

Um ambiente emocional estável, com espaço para o dialogo sobre as necessidades, problemas/dificuldades do familiar, ouvindo-o apoiando-o e orientando-o, são factores que têm uma ponderação forte na reabilitação e no rarear de novas crises. (Helena Luís,2007)

Torna-se visível que uma pessoa nunca adoece só, todos os sistemas nos quais ela está contida e que ela contém, adoecem também. A intervenção do enfermeiro terá pois de transpor as fronteiras da pessoa doente e estender a sua acção às necessidades dos outros sistemas, especificamente a família que para cuidar tem que ser cuidada.

Pelo descrito atrás, considerou-se oportuno planear, criar e executar de forma concertada uma norma de actuação junto dos Prestadores de Cuidados Informais, dos doentes internados. Os objectivos da intervenção junto destes foram os seguintes:

Objectivos Gerais:

1. Ajudar o Prestador de cuidados informal (PCI) /familiar do doente, a perceber a situação de saúde deste,
2. Ajudar o PCI/família a desenvolver competências para melhor cuidar o indivíduo portador de doença mental,

Objectivos específicos:

1. Identificar outras necessidades afectadas dos doentes internados/ família;
2. Conhecer o meio de reinserção familiar/comunidade do utente, bem como os recursos disponíveis aquando da alta do utente.
3. Envolver a família no processo de cuidados ao utente, reforçando as suas competências para o cuidar;

4. Reduzir os receios, medos e ansiedade da família;
5. Promover uma rápida e eficiente reorganização da dinâmica familiar para manter todo o seu equilíbrio.

População alvo:

Cuidadores informais/familiares de utentes internadas no serviço de Psiquiatria do HSTV, sector feminino.

Procedimento:

O PCI/família da utente será contactado via telefónica através da utente ou convocado no período da visita, sendo calendarizada a sessão para o mais breve possível, dentro da disponibilidade dos intervenientes.

Todas as sessões seriam planeadas, implementadas e avaliadas pela equipa de Enfermagem, podendo no entanto, caso a equipa assim o entenda, solicitar a colaboração de outros técnicos.

As intervenções deveriam desenvolver no PCI/família, algumas competências, como sendo:

Iniciativa – Capacidade de iniciar uma acção, identificar a necessidade, seleccionar a intervenção e implementá-la

Responsabilidade – Assegurar a qualidade da acção (dependente do conhecimento);

Autonomia – Capacidade para implementar e avaliar as acções por si, de modo a requerer os serviços de apoio formais de forma adequada.

Estas competências estando relacionadas com o **saber**, podem ser rotuladas de cognitivas, centradas na síntese de informação que deverá ser transmitida ao PCI/família, para facilitar o cuidar do doente em domicílio.

O número de sessões pode ser variável, dependendo da avaliação feita pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Menta, no final de cada sessão, sobre a necessidade de agendamento de outras intervenções. Em média cada PCI/família estará presente em 2/3 sessões.

Estratégias:

1. Apresentação dos intervenientes - onde cada participante fará uma pequena descrição da sua vida pessoal e profissional (quem sou, de onde venho, o que faço, como e onde vivo, o que gosto, sonho, sinto e penso...).
2. Desenvolvimento da actividade principal - as intervenções devem ter por base os diagnósticos de Enfermagem, e os objectivos que se pretendem atingir em cada sessão.

-Apoio a nível da informação/formação:

- a) Doença, tratamento, estratégias de intervenção
 - b) Actuação em situações de crise
 - c) Recursos da comunidade
3. Resgate/Conclusão – avalia-se a capacidade de compreensão e de aceitação do que foi discutido, é neste momento que os intervenientes dão a sua opinião relativamente á actividade desenvolvida.

As sessões deveriam ter por base os seguintes temas:

1ª Sessão – Conhecimento do meio de reinserção sócio familiar e dos recursos disponíveis.

2ª Sessão – Identificação das necessidades afectadas do PCI/família e provável nível de dependência após alta.

3ª Sessão – Envolvimento do PCI/família no processo de cuidados, reforçando as suas competências no cuidar do doente, após a alta hospitalar.

Outras sessões decorrerão, de forma excepcional, caso o PCI/família continue a demonstrar/verbalizar não possuir conhecimentos/capacidades em assistir o doente.

Os diagnósticos de Enfermagem segundo os quais se deverá optar pela intervenção ao PCI, constam da seguinte lista:

- Stress do prestador de cuidados – Presente
- Gestão de regime terapêutico – não demonstrado
- Interacção social – alterada
- Relação – não adequada/alterada
- Comunicação – diminuída/comprometida

- Papel do prestador de cuidados – inadequado

Em Anexo III será colocada a norma que foi elaborada para servir de base a esta intervenção e que passou a integrar o manual de boas práticas do serviço.

Foi em conjunto, com a Enfermeira Tutora, seleccionada uma utente e respectivos PCI, para se efectuar uma primeira intervenção tendo em conta os pressupostos anteriormente definidos e a norma elaborada. Tratava-se de uma utente com diagnóstico de Esquizofrenia. Seguidamente farei uma breve contextualização acerca desta problemática para doentes e familiares.

Apoiar alguém que sofre de esquizofrenia pode tornar-se um esforço difícil e prolongado que pode causar muito desgaste. Viver com um doente esquizofrénico pode-se tornar numa carga financeira pesada, na medida em que afecta o trabalho e a vida social dos familiares ou de outras pessoas que cuidam destes doentes, para além de ser emocionalmente desgastante – principalmente quando o doente tem uma recaída. Em alguns casos, a reacção emocional à doença das pessoas que cuidam destes doentes ou dos seus amigos e o método que usam para lidar com ela não são eficazes. Os familiares são, frequentemente, os prestadores de cuidados mais importantes para as pessoas que sofrem de esquizofrenia. Os tipos de apoio que eles fornecem dependem das necessidades do doente, da disponibilidade dos serviços de saúde mental e de apoio à comunidade e do papel que as famílias, numa determinada sociedade, assumem relativamente ao tratamento dos seus familiares.

Melhorar a capacidade dos familiares para lidarem com o doente pode diminuir o “fardo” que a doença acarreta para família, bem como reduzir os sintomas e a incapacidade da pessoa doente.

Sendo o PCI um elemento-chave para assegurar uma boa qualidade de vida às pessoas que sofrem de esquizofrenia, no momento pós alta, quando estas se encontram fora do hospital, torna-se necessário fornecer-lhes informação/formação, para que entre outros ganhos, estes possam em domicílio:

- Incentivar os doentes a tomar a medicação prescrita;
- Identificar sinais de uma recaída e procurar uma ajuda atempada;
- Assegurar-se de que a saúde física dos doentes está sob controlo;
- Ajudar os doentes a gerir o seu orçamento.

Será assim da competência do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria, criar um espaço e ambiente, para a família do doente expor as suas dúvidas, os medos, o sofrimento, de forma confiante, expressando livremente tudo o que sentem. “...quanto mais cedo a família consegue compreender a doença e estabelecer relações apropriadas com a pessoa doente, mais hipóteses tem de continuar uma célula equilibrada e harmoniosa.” (Póvoa e Silva, 1997)

A intervenção teve por objectivos gerais:

- Aplicar ensinamentos estruturados, relacionados com as dificuldades sentidas pelo PCI/família, ou com incapacidades diagnosticadas pelos Enfermeiros, prevenindo a recaída e diminuindo a probabilidade de reinternamento do utente, através da promoção da sua participação no processo terapêutico.
- Promover o desenvolvimento de competências no PCI/Família, relacionadas com o cuidar do doente Psiquiátrico.
- Compreender as causas, sintomas, tratamento e prognóstico da doença do seu familiar.

E por objectivos específicos:

- Perceber as atitudes e comportamento do seu familiar;
- Perceber a importância da administração correcta da medicação ao seu familiar em domicílio;
- Diminuir o receio, ansiedade, culpabilidade... do PCI/família.

A intervenção junto dos Prestadores de Cuidados decorreu, conforme planeado, nos dias 26 e 27 de Novembro de 2010 entre as 18h00 e as 19h00.

Estiveram presentes os pais (Prestadores de Cuidados Informais) de uma utente, internada no DSMP, a quem foram levantados os seguintes diagnósticos de Enfermagem:

- Stress do PCI Demonstrado
- Papel do PCI Ineficaz (Conhecimento do PCI Não Adequado)

Esta actividade permitiu criar um espaço e ambiente, para a família da doente expor as suas dúvidas, os medos, o sofrimento, de forma confiante, expressando livremente tudo o que sentiam.

Da avaliação feita, através da dinâmica e da forma como foram decorrendo as sessões, penso que estas contribuíram para diminuir, receios, medos, angústias e esclarecer dúvidas que os PCI demonstraram/verbalizaram durante a consulta.

De realçar ainda, que foram interpelados os PCI, no sentido de indicarem se a actividade desenvolvida ajudou a esclarecer as suas dúvidas acerca das causas, dos sintomas, do tratamento e do prognóstico da doença da sua familiar. Referiram que a actividade os ajudou a perceber as atitudes e comportamentos da sua familiar e a perceber a importância da administração correcta da medicação em domicílio.

Quando questionadas se gostariam de participar noutras consultas de Enfermagem, sobre outras temáticas, os PCI mostraram-se muito receptivos ao desenvolvimento de novas actividades deste género.

Na generalidade, penso que os objectivos gerais e específicos delineados aquando do planeamento desta consulta foram amplamente atingidos.

Por se encontrar ainda numa fase “embrionária”, todo o processo de planeamento, execução e avaliação desta actividade necessita de ser revisto, reavaliado e eventualmente reformulado.

2.2 Reunião Comunitária

De entre as outras actividades desenvolvidas neste módulo, gostaria de destacar, a reunião comunitária que habitualmente era realizada às segundas-feiras pelo Enf. Especialista. Tive a oportunidade de dinamizar varias vezes esta actividade, tendo sido uma experiencia muito enriquecedora.

Um grupo é “um conjunto restrito de pessoas, que ligadas por constantes de tempo e espaço, articuladas por uma mútua representação interna se propõem de forma explícita ou implícita á realização de uma tarefa que constitui sua finalidade interactuando para isso através de complexos mecanismos de adaptação e assunção de papeis”. (Pichon- Riviere)

O grupo terapêutico difere do grupo social, uma vez que o seu objectivo é ajudar os indivíduos a alterarem os seus padrões de comportamento e a desenvolverem novas e mais eficazes formas de lidarem com os stressores da vida diária.

Uma terapia é uma actividade, mental ou física, especificamente prescrita e orientada com o objectivo de contribuir e apressar a recuperação de doença ou lesão. (Pattison 1992)

A terapia de Grupo é uma técnica terapêutica que visa promover o desenvolvimento social e pessoal do indivíduo em qualquer altura do seu percurso vital. É uma inter - relação entre os participantes de um grupo.

“Qualquer situação em que você reúne pessoas para uma actividade conjunta, com um objectivo específico, caracteriza uma dinâmica...” (Tatiana Wernicoff).

Os grupos devem ser pequenos (de 6 a 12 pessoas), pois a capacidade de o liderar será maior, as dificuldades de liderança aumentam com o tamanho do grupo.

Objectivos terapêuticos de uma dinâmica de grupo:

1. Aumentar a consciência dos doentes sobre si mesmos através da interacção com os outros membros do grupo, que fornecem feedback acerca do seu comportamento;
2. Promover os doentes de melhores habilidades interpessoais e sociais;
3. Promover uma relação doente/terapeuta positiva e de apoio;
4. Promover a expressão de sentimentos e emoções;
5. Melhorar a comunicação entre membros, reduzindo os conflitos interpessoais;
6. Contribuir para que os doentes compreendam as suas interacções no grupo e mudem comportamentos de relações interpessoais desadaptadas (assertividade).
7. Permite avaliar o processo de pensamento;
8. Contribui para o desenvolvimento de um pensamento crítico e criativo;
9. Pode funcionar como uma estratégia de treino de memória;
10. Desenvolver o movimento e expressão corporal

As actividades que envolvam grupos esta indicada em doentes que apresentem:

1. Auto-estima diminuída
2. Humor depressivo
3. Vontade de viver diminuída
4. Comunicação expressiva diminuída
5. Interacção/relação social diminuída
6. Ansiedade
7. Pensamento alterado
8. Percepção alterada

Contra-indicações para participar em actividades de grupo:

1. Ausência de motivação e/ou disposição para participar na actividade;
2. Incompatibilidade marcante com as normas de grupo ou com um ou mais membros do grupo;
3. Incapacidade de tolerar a situação grupal ou tendência a monopolizar o grupo;
4. Auto-controlo ineficaz;
5. Défice intelectual marcado;
6. Elevada dificuldade de concentração;
7. Estado confusional

Habitualmente as dinâmicas familiares passam por diferentes etapas. A primeira Etapa é a **Apresentação/Introdução**, que pode ser feita só oralmente, onde cada participante fará uma pequena descrição da sua vida pessoal e profissional (quem sou, de onde venho, o que faço, como e onde vivo,

o que gosto, sonho, sinto e penso...). Esta apresentação pode também ser feita de forma mais dinâmica, na qual os doentes, por exemplo, recebam cartolina, jornais, revistas, cola, canetas. O objectivo é fazer com que cada um se defina usando esses recursos, escrevendo, desenhando, colando recortes de revistas etc. Esta etapa pode também servir de **aquecimento/quebra-gelo** e fazer com que todos se conheçam. Esta etapa é fundamental para que a sessão decorra num clima de confiança e descontração, favorecendo a participação de todos os elementos na actividade. Ajuda a diminuir as tensões do grupo, aproximando os doentes. Nesta fase o orientador da dinâmica deverá fazer uma leitura corporal do grupo para saber se há entrosamento.

A terceira etapa é o **Desenvolvimento/Actividade Principal**, que deverá ter por base os diagnósticos de Enfermagem dos doentes, os objectivos que se quer atingir, atendendo á capacidade dos doentes. Aqui avalia-se a capacidade de argumentação, se o discurso é lógico, maturidade, nível cultural...avalia-se a capacidade de compreensão de síntese de aceitação do que foi exposto pelo grupo, a coesão do grupo, o poder de negociação.

Na quarta etapa, **Resgate/Conclusão**, os doentes participantes na dinâmica dão a sua opinião relativamente á actividade realizada (feedback). As opiniões devem ser argumentadas e discutidas entre os doentes e o orientador, havendo ainda uma avaliação dos participantes em relação á dinâmica do grupo, do que foi discutido e registado individualmente.

No Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental – Sector Feminino, do Hospital São Teotónio de Viseu, realiza-se á 2ª feira uma reunião/dinâmica com as utentes do serviço com possibilidades/condições para participarem na dinâmica.

Esta actividade tem, entre outros, o objectivo de permitir a socialização das utentes, bem como esclarecer eventuais dúvidas acerca do funcionamento do serviço.

3. MODULO III – OPCIONAL – UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DE COIMBRA

Sendo este o módulo opcional, a minha escolha pela Unidade de Desabilitação, teve que ver com o facto de eu trabalhar na área da toxicoddependência, no tratamento de ambulatório, e pretender aprofundar e desenvolver competências na área do tratamento em internamento para desabilitação, bem como desenvolver essas competências no âmbito da ESMP, em contexto de dependências.

3.1 Dinâmica de Grupo

Após a reunião matinal que era feita diariamente com todos os utentes internados no serviço, alguns deles levantaram diversas questões acerca do sucesso/insucesso de um “tratamento deste género” (internamento para desabilitação física da substancia a que são adictos. Agendei com os utentes daquele grupo uma dinâmica grupal em que iríamos trabalhar essas questões levantadas, tendo dado o nome a essa actividade de: “Internamento para Desabilitação, Importância e Limitações”.

As estratégias preconizadas para a intervenção em prevenção são de três tipos: prevenção universal, dirigidas à população em geral; prevenção selectiva, dirigidas a grupos com factores de risco associados; e prevenção indicada, dirigidas a indivíduos com padrões de risco acentuados ou comportamentos de risco.

O abuso de tabaco, do álcool e de outras substâncias de adição conhecidas causam doença mental e física com repercussão intensa. O tratamento da dependência de substâncias constitui por tudo isto uma prioridade em termos de uma reforma do sistema de cuidados saúde.

Esta acção insere-se em contexto de intervenção de prevenção indicada, dirigidas a indivíduos com padrões de risco acentuados ou comportamentos de risco.

O objectivo geral destas dinâmicas de grupo passaria pelo reconhecimento por parte dos formandos das vantagens e limitações de um internamento para desabilitação física, contribuindo desta forma para a prevenção de recaídas.

Como objectivos específicos destas sessões:

- Promover a interacção de todos os membros do grupo.

- Fomentar a coesão do grupo.
- Criar um clima de abertura e confiança.
- Implicar os utentes no processo de desenvolvimento do seu projecto terapêutico, estimulando e apoiando a sua participação activa.
- Permitir a reflexão e a expressão dos sentimentos referentes a si próprios.
- Perceber as atitudes a tomar para prevenção da recaída.
- Perceber a importância da manutenção da abstinência no que respeita aos consumos de drogas

No início da sessão foi dividido o grupo de utentes em dois subgrupos de 6 elementos cada. Foi então solicitado que em um minuto cada membro dos subgrupos formados completasse a frase: ***Este internamento...***

Foi solicitado a um elemento de cada subgrupo que anotasse as ideias que iam sendo transmitidas, e quem as emitia, sendo que durante o minuto pertencente a cada elemento não poderia haver intervenções por parte dos outros elementos.

No final de todos terem transmitido as suas ideias, era solicitado aos elementos responsáveis por anotar as diferentes intervenções, que as lessem em voz alta, tentando o grupo contrário adivinhar o elemento que proferiu aquela intervenção.

Após avaliação desta dinâmica de grupo, posso concluir que houve aquisição/reforço de competências individuais, a diferentes níveis, por parte dos utentes participantes, como sendo:

- Aumento da consciência dos utentes sobre si mesmos através da interacção com os outros membros do grupo, que fornecem feedback acerca do seu comportamento;
- Melhorias nas habilidades interpessoais e sociais;
- Relação doente/terapeuta positiva e de apoio;
- Maior facilidade de expressão de sentimentos e emoções;
- Comunicação mais eficaz entre membros, reduzindo os conflitos interpessoais;
- Desenvolvimento de comportamento adequados (assertividade).
- Permitiu avaliar o processo de pensamento;

- Desenvolvimento de um pensamento crítico e criativo;

No final procedeu-se a um período de debate, em que foram trabalhados alguns dos diagnósticos de Enfermagem decorrentes da intervenção dos diferentes utentes.

Foram ainda trabalhadas as questões da prevenção de recaídas em que o foco da intervenção em grupo é feito na manutenção da abstinência.

São três as principais situações de alto risco que expõe o indivíduo a uma recaída:

1. Estados emocionais negativos (frustração, raiva, ansiedade, depressão, etc.)
2. Conflitos interpessoais
3. Pressão social (incentivo ao uso)

Assim o foco de intervenção deverá ser no sentido de dotar o indivíduo de capacidades para:

- Aprender a evitar tais situações quando possível;
- Aprender a reagir a essas situações de modo mais eficaz;
- Aprender a dizer não;
- Treino em auto-eficácia;
- Conhecer e reconhecer os seus limites;
- Aprender a reagir de maneira mais positiva diante de um lapso (“efeito da violação da abstinência”);
- Ajuda a promover a mudança de estilo de vida mais saudável.

Considero em termos globais que a intervenção foi extremamente proveitosa, quer na promoção da interacção eficaz entre os elementos que compunham o grupo, quer no sentido da prevenção de recaída com a consciencialização dos diferentes elementos, de que o internamento para desabituação será apenas o primeiro passo para o tratamento, mas que no entanto, tem que ser dado.

3.2 – Sessão de Educação para a Saúde (3)

Entre outras actividades, realizadas neste módulo, gostaria de dar ênfase, à realização de uma sessão de educação para a Saúde sobre a temática de HIV – SIDA.

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e o síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) representaram, em todo o mundo, e ao longo dos últimos vinte e cinco anos uma causa

fundamental de doença e de morte, atingindo preferencialmente adultos jovens, e afectando com intensidade extrema o desenvolvimento demográfico e social das populações mais pobres, sobretudo de África, constituindo globalmente uma ameaça ao desenvolvimento, ao equilíbrio internacional e à segurança.

Em Portugal, desde a identificação dos primeiros casos, a prevenção da infecção, em todas as suas dimensões, tem-se revelado um desafio extraordinário: os indicadores epidemiológicos e sociais deixam a sociedade portuguesa em preocupante lugar na hierarquia dos países da Europa ocidental, exigindo respostas integradas e eficazes. A infecção por VIH foi, assim, considerada no Programa do XVII Governo Constitucional uma área de actuação prioritária e dessa forma encontra-se inscrita no Plano Nacional de Saúde. Esta opção reconhece os elevados impactos social e económico da infecção sobre cada indivíduo, a sua família e a sociedade, e assume que só uma política pública coerente pode ser eficaz na redução da transmissão da infecção e na mitigação do seu impacto.

Esta sessão de Educação para a Saúde tinha por objectivos gerais:

- Aprofundar conhecimentos relativos á infecção por HIV – SIDA
- Reconhecer a importância da prevenção no controle da propagação da epidemia
- Apropriar-se das medidas preventivas, no que diz respeito á transmissão da infecção
- Reconhecer a simplicidade do teste de rastreio de HIV

E por objectivos específicos:

- Aprender o significado de HIV e SIDA;
- Identificar as formas de prevenção de contágio;
- Identificar as formas de transmissão da doença;
- Compreender a importância e a simplicidade dos testes de rastreio de HIV;
- Perceber a importância do diagnóstico precoce para o tratamento;

A sessão de educação para a saúde decorreu, conforme planeado, no dia 23 de Dezembro de 2010 pelas 18h30.

Feita a apresentação foi usado o método expositivo/interrogativo para transmissão dos conteúdos, á excepção da abordagem à realização do teste de rastreio de HIV que foi feita através do método demonstrativo

Participaram os doze utentes internados na Unidade de Desabilitação de Coimbra.

Da avaliação feita, através da dinâmica da sessão de Educação, pela participação e interesse que os utentes participantes demonstraram, a balanço é extremamente positivo, uma vez que durante o desenrolar da sessão e no próprio período de debate, as questões colocadas pelo grupo de utentes participantes foram em número considerável e muito pertinentes, tendo sido esse período de cerca de 20 minutos.

No final da sessão foi entregue um panfleto, a cada um dos utentes participantes, com a síntese do que foi transmitido durante a sessão de educação para a saúde.

Seguidamente apresentam-se as conclusões que emergem da avaliação feita através da ficha de aferição de conhecimentos (anónima), que os utentes preencheram no final da sessão de Educação para a Saúde.

Dos doze utentes que responderão á ficha de aferição de conhecimentos, oito identificaram correctamente três formas de transmissão de HIV, sendo que a grande maioria respondeu correctamente as questões de verdadeiro e falso.

De realçar ainda, que nas questões abertas, onde era solicitado que os utentes indicassem os aspectos positivos e negativos da sessão não se obtiveram respostas.

Em termos gerais penso que os objectivos gerais e específicos delineados, aquando do planeamento desta sessão de educação para a saúde, foram amplamente atingidos. Em Anexo IV, encontram-se o plano de sessão que serviu de base ao planeamento da sessão de educação, bem como os diapositivos apresentados e o panfleto resumo que foi distribuído a todos os participantes.

4. CONCLUSÃO

Neste capítulo e tendo em conta a explanação realizada relativamente às actividades que foram desenvolvidas procurarei agora circunscrever-me à análise crítica do estágio, reflectindo sobre as competências que, gradualmente construídas num processo dialéctico entre conhecimento e acção, visam a aquisição de competências específicas a um campo de intervenção da enfermagem. O desenvolvimento de competências pressupõe o uso de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações, entre outros) para responder com eficiência e eficácia a diversas situações (Varela, 2007).

Numa avaliação global e conclusiva, determinada pelos objectivos e competências formulados no Guia Orientador de Estágio, e que podemos considerar como amplamente alcançados, não posso deixar de mencionar a matriz de desenvolvimento pessoal que inscrevi neste percurso, sob a forma dos resultados alcançados:

-Aprofundei conhecimentos teórico-práticos no âmbito dos cuidados de enfermagem no âmbito da minha área de especialização (ESMP), visando a prestação de cuidados especializados ao indivíduo/família ou grupo;

-Integração de novos conhecimentos, lidar melhor com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultaram dessas soluções e desses juízos;

-Sou agora mais capaz de comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Globalmente, em função das actividades descritas anteriormente e já sujeitas a uma apreciação crítica, podemos inferir que os objectivos foram na sua globalidade alcançados, tendo sido necessário mobilizar recursos de vária natureza em tempo oportuno de modo a conseguir um desempenho de excelência num percurso de desenvolvimento profissional especializado.

O facto de os estágios ter ocorrido fora do contexto do meu exercício profissional, e por consequência sem um conhecimento prévio e até substancial dos cuidados prestados, contrariamente ao que seria de esperar, suscitou de forma consistente a minha participação e interesse, tendo sido sem dúvida campos de oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional inigualáveis.

O primeiro módulo desenvolvido no Centro de Saúde de Castro Daire, decorreu em perfeita sintonia com a Equipa de Enfermagem daquela instituição e demais elementos da equipa multidisciplinar permitindo estreitar laços entre as duas equipas multidisciplinares, sendo também este um intuito pessoal aquando da escolha desta instituição para desenvolvimento do módulo I, tendo tido a oportunidade de alargar a minha intervenção á prevenção primária, em jovens/adolescentes no que toca á problemática da toxicoddependência. Penso ter desenvolvido competências ao nível da intervenção na prevenção primária, enquanto Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiatria, prevenindo precocemente possíveis problemas ligados ao consumo de drogas lícitas ou ilícitas, bem como potenciando a vivencia salutar da sexualidade dos jovens/adolescentes.

O módulo II, desenvolvido no DSMP do HSTV, constitui-se como o módulo de estágio central neste processo de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional, como referido anteriormente neste relatório a minha experiencia profissional, não tinha passado ainda por um serviço de doentes agudos do foro psiquiátrico, contrariamente ao que eu esperava, esse facto revelou-se positivo, pois todas as actividades de Enfermagem desenvolvida no serviço, dando obvio ênfase as actividades especificas do EESMP, foram objecto da minha especial atenção e interesse redobrado. O que considero um bom desempenho neste módulo, deveu-se também á excelente organização da equipa de Enfermagem, especialmente ao corpo de Enfermeiros especialistas que acompanharam o meu desenvolvimento neste campo.

A opção pela Unidade de Desabilitação de Coimbra no III módulo, revelou-se uma oportunidade fantástica, tal como tinha previsto, tive possibilidade de desenvolver competências enquanto EESMP, no tratamento de toxicoddependentes em regime de internamento, que no futuro me serão extremamente úteis na minha actividade profissional, no âmbito do tratamento de utentes toxicoddependentes em regime de ambulatório.

Assim sendo, desenvolvi competências nos domínios dos valores, ética profissional, responsabilidade social, comunicação, emissão e formulação de juízos clínicos, a interacção com situações novas, relacionais, ao nível da tomada de decisão, trabalho em equipa, planeamento em saúde, prática reflexiva, gestão e liderança de projectos e equipas, resolução de problemas, entre outras. Portanto, neste campo vasto de competências o meu crescimento pessoal e profissional foi pluridimensional: “saber-saber”, “saber-fazer”, “saber-estar” e “saber-ser”, num desejo constante de saber transformar.

Dos caminhos percorridos são evidentes os ganhos em saúde, traduzidos pelos indicadores definidos, decorrentes das actividades realizadas, pelo que fica a sensação de missão cumprida e a satisfação pessoal que registei nos comentários dos utentes e profissionais de saúde. Estou consciente de que a excelência do exercício profissional se constrói no dia-a-dia, de forma progressiva, num processo contínuo de formação e reflexão sobre e na prática.

Durante a elaboração deste documento, previ dificuldades relacionadas com traduzir em palavras, de modo sucinto e objectivo, a riqueza das experiências que ao longo deste período contribuíram para o meu crescimento pessoal e profissional, pelo que espero que a sua estruturação, articulação lógica e sequencial tenha sido apelativa à leitura.

5. BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde (2009). *Sistema Informático de Unidades de Saúde (SINUS®)* Vila Real: DGS.

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: Conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Coordenadora dos Mestrados (2009). *Guia de estágio*. Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde.

Direcção Geral de Saúde (2007). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa: DGS.

Direcção-Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010 (2 vol.)*. Lisboa: DGS.

DUHAMEL, F. 1995 *La santé et la famille: une approche systémique en soins infirmiers*. Montréal, Gaëtan Morin

Godoy, M. T. H., & Munari, D. B. (2006). Análise da produção científica sobre a utilização de actividades grupais no trabalho do enfermeiro no Brasil: 1980 a 2003. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 14 (5).

HELMAN, C.G. 1994 Dor e cultura. In: *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Lash, S. (1990). Convicções e comportamento na educação da saúde. *Nursing*, 3 (27), 46-48.

Mendes, F. (2002). Risco: Um conceito do passado que colonizou o presente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 20 (2), p. 53-62.

NEEB, Kathy (2000) – Fundamentos de enfermagem em saúde mental. Lisboa : Lusociência

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Desenvolvimento profissional: Desenvolvimento das especialidades em Enfermagem*. Lisboa: OE.

Pichon-Rivière, E. E Quiroga, A. P. *Aprendizaje del rol de observador de grupos*. Buenos Aires: Ediciones Cinco. (s. d.).

RENCA, P., *et al. Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 2 – 2010*

Sarti, C. A. (2004). O jovem na família: o outro necessário. In R. Novaes & P. Vannuchi (Org.), *Juventude e sociedade: trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

TESCHINKY, U. 2000 Living with schizophrenia: the family illness experience. *Issues in Mental Health Nurs.*,

Sites oficiais consultados:

Ordem dos Enfermeiros

www.ordemenfermeiros.pt/

Diário da República Portuguesa

www.dre.pt/

ANEXO I

Drogas lícitas e ilícitas – Consequências a curto e Longo Prazo

PLANEAMENTO DE SESSÃO EDUCATIVA

“Drogas lícitas e ilícitas – consequências a curto e longo prazo”

Análise da Situação:

A sessão irá decorrer no dia 2 de Junho de 2010 e destina-se aos alunos que frequentam o 8º ano de escolaridade da escola básica nº2 do agrupamento de escolas de Castro Daire. O grupo é constituído por cerca de 60 alunos, com idades médias compreendidas entre os 13 e os 14 anos.

Escolha do Tema:

O principal objectivo desta acção de prevenção é, sem dúvida, ajudar a evitar o início do consumo de qualquer substância psicoactiva, com especial incidência nos jovens adolescentes. Os estudos têm mostrado que os consumos de substâncias psicoactivas (SPA), tal como outros comportamentos de risco, se iniciam em idades cada vez mais precoces. Daqui deriva que retardar a idade de início dos consumos é uma prioridade e indica que a intervenção deverá incidir em grupos etários mais jovens, o que aponta para acções continuadas em meio escolar. Por outro lado, verifica-se que os actuais padrões de consumo dos jovens passam pelo policonsumo que, de um modo geral, inclui o álcool e acontece em contextos de lazer.

Assim, a intervenção junto de jovens com padrões de consumo de SPA em contexto escolar, é uma prioridade de intervenção. Fornecer informação e competências para cessar os consumos é um meio de contribuir para diminuir a frequência e/ou a intensidade dos consumos e prevenir comportamentos de risco associados.

As estratégias preconizadas para a intervenção em prevenção são de três tipos: prevenção universal, dirigidas à população em geral; prevenção selectiva, dirigidas a grupos com factores de risco associados; e prevenção indicada, dirigidas a indivíduos com padrões de risco acentuados ou comportamentos de risco.

O quadro seguinte representa o planeamento de sessão de uma forma esquemática.

Entidade Formadora: Centro de Saúde de Castro Daire			
Entidade Receptora: Escola nº2 Castro Daire		Unidade Curricular: Irá decorrer no período da unidade curricular de Formação Cívica	
Local: Castro Daire	Data: 17, 21, 25 de Maio de 2010	Duração: 70min/sessão	Formador: Enf.ª José Rodrigues
Destinatários: Alunos do 6º e 7º anos de escolaridade.			

Objectivos	
Gerais	No final da sessão os formandos devem ser capazes de reconhecer as consequências que advêm do consumo de drogas lícitas ou ilícitas.
Específicos	Pretende-se que os alunos sejam capazes de: <ol style="list-style-type: none"> 0. Compreender as alterações provocadas no organismo resultantes do consumo dos diferentes tipos de drogas 1. Perceber as atitudes a tomar para prevenir o inicio do consumo dos diferentes tipos de drogas. 2. Perceber a importância da manutenção da abstinência no que respeita aos consumos de drogas 3. Perceber que é possível a integração em diversos grupos de lazer, sem a necessidade de efectuar consumo de drogas

Desenvolvimento da Sessão			
Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Pedagógico-Didacticos
Introdução (5min)	✓ Contextualização do tema	Método expositivo Método interrogativo	✓ Videoprojector ✓ Computador ✓ Quadro branco
Desenvolvimento (50min)	✓ Os diferentes tipos de drogas ✓ Da iniciação ... até a dependência ✓ Motivações para os consumos ✓ Riscos do consumo de drogas lícitas e ilícitas ✓ Atitudes preventivas	Método expositivo	
Conclusão (15min)	✓ Síntese da sessão ✓ Encerramento da sessão	Método expositivo Método interrogativo (técnica de perguntas para o grupo)	

O formador:

José Rodrigues

Avaliação da sessão de Educação para a saúde *(“Drogas lícitas e ilícitas – consequências a curto e longo prazo”)*

A sessão de educação para a saúde decorreu, conforme planeado, no dia 2 de Junho de 2010.

Participaram 59 alunos com idades médias de 13,4 anos de idade.

Da avaliação feita, através da dinâmica da sessão de Educação, pela participação e interesse que os alunos participantes demonstraram, a balanço é extremamente positivo, uma vez que no período de debate, as questões colocadas pelo grupo de alunos participantes foram em nº considerável, tendo sido esse período de cerca de 20 min.

De referir também que no final da sessão em conversa informal com o grupo de professores que presenciaram a sessão e a psicóloga do agrupamento de escolas de Castro Daire, todos foram unânimes em considerar a importância de repetir sessões de educação sobre esta temática, de forma frequente e concertada, nesta faixa etária e em contexto escolar.

Seguidamente apresentam-se as conclusões que emergem da avaliação feita através dos questionários anónimos, que os alunos preencheram no final da sessão de Educação para a saúde, em que os diferentes itens poderiam ser avaliados como: **Não Satisfaz, Satisfaz Pouco, Satisfaz ou Satisfaz Muito (ver anexo)**

1. 70% dos alunos presentes na sessão avaliou com **Satisfaz Muito**, o **interesse dos conteúdos** apresentados na sessão, sendo que apenas 7% avalia este item, como **Satisfaz Pouco**, não havendo respostas para o item **Não satisfaz**;
2. Relativamente á **clareza da exposição** dos conteúdos apresentados, a maior parte dos inquiridos, 66%, consideraram-na como **Satisfaz muito**;
3. Avaliaram com **satisfaz Muito** 65% dos alunos, **relativamente ao valor do conteúdo apresentado** para a sua formação;
4. Relativamente á **adequação do formato da sessão** 60% dos alunos avaliaram-na como **Satisfaz**;
5. Quanto á **duração da sessão** 35% dos alunos avaliaram com **Satisfaz pouco** e a mesma percentagem considerou que a duração da sessão deveria ser avaliada com **Satisfaz muito**;
6. Relativamente as **instalações** onde decorreu a sessão e **organização logística**, a maior parte dos alunos (75%) consideraram como **Satisfaz**

De realçar ainda, que nas questões abertas, onde era solicitado que os alunos indicassem os aspectos positivos e negativos da sessão não se obtiveram respostas.

Em termos gerais penso que os objectivos gerais e específicos delineados aquando do planeamento desta sessão de educação para a saúde foram amplamente atingidos.

DROGAS



Uso... Abuso... Dependência...
e Riscos!

1

DROGA

É toda a substância, natural ou sintética, que altera o funcionamento do Sistema Nervoso Central (deprimindo-o, estimulando-o ou perturbando-o).

(OMS)

2

Droga

Qualquer substância (natural ou sintética) que, introduzida no organismo :

1. altera alguma das suas funções. Repõe ou retira o equilíbrio;
2. altera as percepções

3

Álcool



4

Álcool

- Droga de acção depressora
- Efeitos imediatos:
 - Euforia
 - Sobrevalorização das capacidades próprias
 - Desinibição emocional e comportamental
 - Diminuição dos reflexos

- A ingestão de álcool provoca diversos efeitos, que aparecem em duas fases distintas:

– uma **estimulante** e outra **depressora**.



Fase estimulante do álcool

- Num primeiro momento após a ingestão de álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes como **euforia**, **desinibição** e **loquacidade** (maior facilidade para falar).



Álcool

- Doses elevadas
Coma
Morte
- Efeitos do consumo crônico:
Dependência física e psicológica
Problemas físicos vários
Efeitos a nível familiar e social

Fase depressora do álcool

- Com o passar do tempo, começam a aparecer os efeitos depressores como **falta de coordenação motora, descontrole e sono**.
- Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo até mesmo provocar o estado de **coma**.



Álcool na sociedade

- O álcool é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e até incentivado pela sociedade.

Esse é um dos motivos pelo qual ele é encarado de forma diferenciada, quando comparado com as demais drogas.

Apesar de sua ampla aceitação social, o consumo de bebidas alcoólicas, quando excessivo, passa a ser um problema.



Nicotina



Nicotiana tabacum

Uma imagem do arbusto e detalhes das florescências e da folha originária das Américas e conhecida há cerca de oito mil anos por praticamente todas as culturas que habitavam o continente antes dos *Grandes Descobrimentos*.

12

Efeitos do tabaco

- Estimulante do cérebro
- Sensação de prazer e bem estar
- Aumento da concentração, alerta, energia
- Redução do apetite
- Sensação de redução da ansiedade





Da esquerda para a direita, as folhas da
Cannabis sativa*, *Cannabis indica* e *Cannabis ruderalis

No Oriente, recebe nomes como *ganja*, *dagga*, *charas*, *haxixe*, *bhang*.

Na América espanhola e nos Estados Unidos,
o nome *marijuana* é o mais conhecido,
mas há outros termos: *grass*, *pot*, *tea*, *reefer*, *Mary Jane*, *weed*.

Efeitos a nível cerebral

■ Tabaco

- pode provocar o desenvolvimento de tolerância
- quando o consumo é suspenso repentinamente pode provocar:
 - Sentimento de fissura (desejo incontrolável por cigarro)
 - Irritabilidade e agitação
 - Prisão de ventre
 - Dificuldade de concentração

Canabinóides

Derivados da planta *Cannabis Sativa*, dezenas de variedades, lipossolúvel
Uso fundamentalmente de lazer, ou recreativo, de evasão ou alheamento

X FORMAS de APRESENTAÇÃO

ERVA (flores e/ou folhas secas, 1 a 10% de THC)

- Manipulada geneticamente (híbridos F1), até 40% de THC
- Fumada em mortaldas, só ou com tabaco *Marijuana, boi, charro, liamba, soruma, maconha, hemp, grifa, zhara, ...*

HAXIXE (resina prensada, acastanhada, 5 a 20% de THC)

- Fumado em mortaldas, com tabaco *Chamon, pedra, pintor, passa, charro, porro, merda, cone, tablete, chocolate, kif, ...*

ÓLEO (líquido-melaço, 50 a 85% THC)

- Muito raro
- Fumado com tabaco, ou em cachimbo - *chilom.*



Erythroxylon coca

arbusto que cresce nas encostas dos Andes

Cocaína



Cocaína



Efeitos imediatos

- Euforia, agitação, desinibição, autoconfiança, excitação sexual, alteração do humor, ansiedade, pânico
- Palpitações, taquicardia, arritmias, hipertensão, tremores, sudação, insônia

18

Cocaína



Consequências do consumo continuado

- Depressão, problemas respiratórios, cardíacos, cefaleias, AVC, transtornos alimentares, perfuração do tabique nasal, alucinações, delírio de perseguição, psicose ("psicose da cocaína", similar à psicose esquizofrênica, com ideias delirantes de tipo persecutório e alucinações auditivas e/ou visuais)

19



Papoula dormideira

cuja flor é a papoula
(do latim *papaverum*)
em francês *pavot*
significa *jouir*
(ter prazer ou gozar)

e do fruto se extrai um
líquido leitoso chamado **ópio**

O **ópio** contém duas substâncias
a **morfina** e a **codeína**.
Ambas são opiáceos naturais



ÓPIO e derivados

MORFINA - principal alcalóide, isolado em 1806, 5-8% a 15-18%.

Pó cristalino branco, muito suave ao tacto, odor ligeiramente ácido,
sabor amargo.

Líquido, em ampolas. *Morfa*

INGESTÃO em líquido ou comp. sulfato de morfina-retard

INJECCÃO EV ou SC.

HEROÍNA - diacetilmorfina, 1898, semi-sintético

Pó cristalino de cor entre o branco sujo ao castanho, inodoro.

Grânulos. *Cavalo, heroa, rainha, ...*

INALAÇÃO "caçar o dragão" - "tocar harmónica" -

"canhão antiaéreo", "chinesa" se fumada.

INJECCÃO EV ou SC (esporádica)

21

Efeitos imediatos

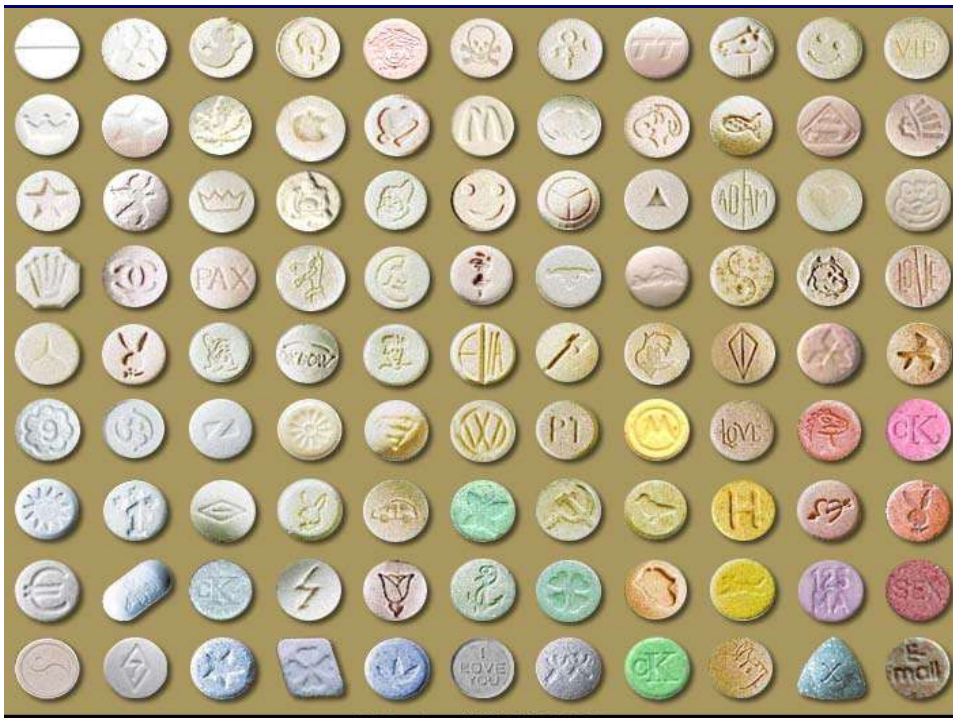
- Euforia e bem estar, alheamento da realidade, alívio da dor (analgésico poderoso), diminuição da ansiedade;
- Sonolência, contracção da pupila, náuseas, vômitos, depressão respiratória;
- Risco de morte e de *overdose*.



Consequências do consumo continuado

- Letargia, depressão, obstipação, disfunções sexuais, emagrecimento;
- Degradação física e social, risco de doenças infecto-contagiosas.

22



ECSTASY & Companhias

(MDMA, MetilenoDioxiMetAnfetamina)

Associa o efeito do ácido e das anfetaminas - anfetamina psicadélica

Alemanha, 1912-14, Merk, supressor do apetite, nunca comercializado
Interdito pela DEA em 1985, pela ONU em 1986

Associado à expansão de certas formas musicais e subculturas juvenis
(*rave, tecno, acid house, ...*) Uso recreativo, de lazer
E, pastilhas, Adam, X, droga do Amor, pomba, ...

FORMAS de APRESENTAÇÃO

COMPRIMIDOS, CÁPSULAS

(grande variedade de tamanhos, formas e cores atractivas)

PÓ e LÍQUIDO

VIAS de ADMINISTRAÇÃO

INGESTÃO

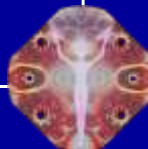
INALAÇÃO

ENDOVENOSO (muito raramente)

23

CLASSIFICAÇÃO MÉDICO-FARMACOLÓGICA das SP

DEPRESSORAS SNC Psicolépticas	ESTIMULANTES SNC psicoanalépticas	PERTURBADORAS SNC psicodislépticas
<p>Álcool Opiáceos e opióides (heroína, metadona, buprenorfina, ...) Fármacos: - Benzodiazepinas - Hipnóticos - Neurolépticos - Antidepressivos - Analgésicos opiáceos (láudano, morfina, codeína, petidina, ...) Algumas NDD (PCP-pó de anjo, GHB, ...)</p>	<p>Coca e derivados (cocaína, crack) Anfetaminas e derivados (anorexígenos) Xantinas Nicotina Antidepressivos psicoestimulantes (Amineptina-Survector; Fluoxetina-Prozac) Algumas NDD (MDA-droga do amor, MDMA-ecstasy, ...)</p>	<p>LSD (ácido) Cannabis e derivados (erva, haxixe) Solventes voláteis Peyote (cacto mexicano) Mescalina, Psilocibina, Amanita (cogumelos) Iboga, Noz-moscada Novas Drogas de Desenho (MDMA, PCP, STP, Ketamina, ...)</p>





As três classes de SPs
de acordo com acção farmacológica sobre o SNC

depressoras (álcool) psicolépticas
estimulantes (cocaina) psicoanalépticas
perturbadoras (LSD) psicodislépticas

PERFIL de **SATISFAÇÃO** PROCURADA NAS DROGAS

POTENCIAL

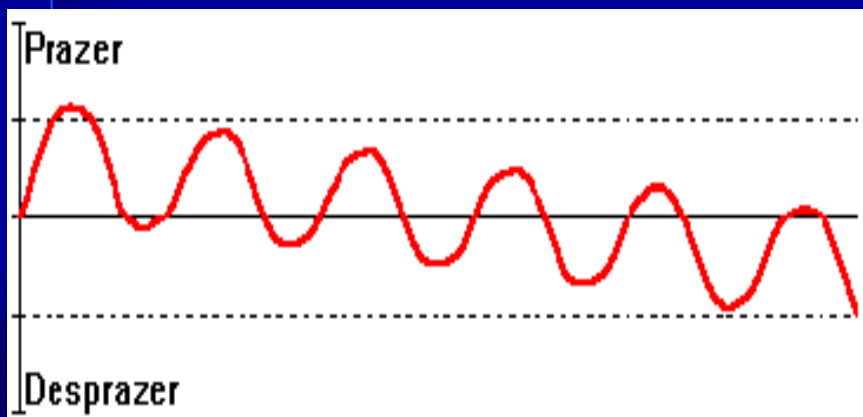
- **HEDÓNICO** - obter prazer
- **SOCIALIZAÇÃO** - facilitar a integração num grupo / colectividade
- **TERAPÊUTICO** - poder de curar / aliviar sofrimentos.

Adaptação a partir de Morel et al., 2001.

Sensibilização...

Tolerância...

Dependência...



28

Riscos e Comportamentos de risco

- ✘ O principal risco no uso nocivo de drogas é pôr em causa a qualidade e duração da vida.
- ✘ O uso de qualquer droga pode criar dependência psicológica, a mais difícil de tratar.
- ✘ Nem todas as drogas provocam dependência física, a menos difícil de tratar.
- ✘ Associado à forma e à frequência de consumo e ao tipo de substância consumida, existem riscos directa ou indirectamente a evitar.

29

Riscos físicos

- × Contaminação infecciosa (HIV, Hepatites), associados ao consumo endovenoso e à actividade sexual;
- × Overdose ou outra intoxicação, por adulteração das substâncias;
- × Amputações causadas por embolia e infecção;
- × Perturbações da função sexual;
- × Deterioração física global, grave e por vezes irreversível.

30

Riscos psíquicos

- × Perturbações do comportamento;
- × Riscos de conflitos, com abandonos, rupturas com as pessoas amadas, solidão e exclusão;
- × Quadros com psicopatologias graves da percepção da realidade;

31

Riscos no âmbito da família

- × Manipulação dos membros da família;
- × Dificuldade ou incapacidade de educar;
- × Exclusão na família;
- × Marginalização ou exclusão social da família;
- × Dependência dos familiares.

32

Outros riscos sociais

- × Disfunção social e marginalidade;
- × Prostituição (feminina e masculina);
- × Condenação social;
- × Exclusão da comunidade.

33



Questões ?

34

ANEXO II

Alterações Fisiológicas na Adolescência e Sexualidade

PLANEAMENTO DE SESSÃO EDUCATIVA

“ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NA ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE”

Análise da Situação:

As sessões irão decorrer nos dias 17 e 21 e 25 de Maio de 2010 e destina-se aos alunos que frequentam o 6º e 7º anos de escolaridade da escola básica nº2 do agrupamento de escolas de Castro Daire. O grupo é composto por 6 turmas de cerca de 20 alunos cada, sendo 5 turmas do 6º ano e 1 turma do 7º ano, no total serão efectuadas 6 sessões, uma por cada turma.

Escolha do Tema:

A sexualidade, embora de formas diferentes, está presente ao longo de toda a vida. Todos somos seres sexuados e existe sexualidade nas crianças, nos jovens, adultos, idosos e deficientes. Vários estudos mostram que quanto mais informados, maiores são a responsabilidade dos jovens de ambos os sexos, face à sexualidade. A educação para a sexualidade é uma questão muito mais abrangente do que a simples transmissão de informação sobre os órgãos sexuais femininos e masculinos, a contraceção, ou as doenças sexualmente transmissíveis.

Os conhecimentos sobre sexualidade podem servir para desenvolver as capacidades de comunicação, de entendimento mútuo, de ternura, de sensibilidade e de responsabilidade em relação aos outros.

A falta de comunicação entre adultos, jovens e adolescentes é um dos grandes obstáculos a vencer. A sexualidade é uma das áreas do desenvolvimento humano o que implica aprendizagem.

Essa aprendizagem faz-se de uma forma informal, determinada pelas experiências do quotidiano, mas também formal/intencional com recurso a profissionais, assumindo a escola e o professor em colaboração com o enfermeiro do centro de Saúde ao abrigo dos projectos um meio educativo por excelência, sendo que o enfermeiro especialista, também terá na minha opinião uma importância extrema na promoção de estilos de vida saudável no que diz respeito às vivências das alterações fisiológicas e emocionais que ocorrem na adolescência, para promover a salutar descoberta da sexualidade, muitas vezes problemática nesta fase da vida e que poderão repercutir-se no futuro, sendo também um problemas alvo da saúde mental.

Por tudo isto, se compreende a importância de uma intervenção a este grupo, no sentido de inculcar hábitos e estilos de vida saudáveis, no que diz respeito á vivência salutar das alterações que ocorrem em catadupa na fase da adolescência.

O quadro seguinte representa o planeamento de sessão de uma forma esquemática.

Entidade Formadora: Centro de Saúde de Castro Daire			
Entidade Receptora: Escola nº2 Castro Daire		Unidade Curricular: Irá decorrer nos períodos das diversas unidades curriculares	
Local: Castro Daire	Data: 17, 21, 25 de Maio de 2010	Duração: 50min/sessão	Formador: Enf.ª José Rodrigues
Destinatários: Alunos do 6º e 7º anos de escolaridade.			

Objectivos	
Gerais	No final da sessão os formandos devem ser capazes de reconhecer quais as alterações fisiológicas, em ambos os sexos, que ocorrem na fase da adolescência
Específicos	Pretende-se que os alunos sejam capazes de: <ol style="list-style-type: none"> 4. Compreender as alterações dos caracteres sexuais primários e secundários em ambos os sexos. 5. Perceber as atitudes a tomar para uma vivencia salutar das alterações que ocorrem na adolescência. 6. Compreender a fisiologia dos ciclos sexuais. 7. Perceber a importância da prática do uso de métodos contraceptivos (especifico das turmas do sétimo ano) 8. Perceber a necessidade de cuidados de higiene mais frequentes a partir da adolescência.

Desenvolvimento da Sessão			
Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Pedagógico-Didacticos
Introdução (5min)	✓ Contextualização do tema	Método expositivo Método interrogativo	✓ Videoprojector ✓ Computador ✓ Quadro branco
Desenvolvimento (30min)	✓ Alterações fisiológicas ✓ Ciclos sexuais ✓ Vivencias dos afectos ✓ Higiene e posturas correctas	Método expositivo	
Conclusão (10min)	✓ Síntese da sessão ✓ Encerramento da sessão	Método expositivo Método interrogativo (técnica de perguntas para o grupo)	

O formador:

José Rodrigues

FICHA DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCATIVA

“ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NA ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE”

Data: 17, 21 e 25 de Maio de 2010

Local de Realização: Escola Básica nº2 do agrupamento de escolas de Castro Daire

Horário: 10:00 – 11:00

Entidade responsável pela formação: Centro de Saúde de Castro Daire

Formador: Enf. José Rodrigues

1. **Idade:** _____(anos)

2. **Sexo:**

M	<input type="checkbox"/>
F	<input type="checkbox"/>

3. Como qualifica o conteúdo da formação em que participou nos seguintes aspectos:

	Não Satisfaz	Satisfaz pouco	Satisfaz	Satisfaz muito
Interesse dos conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clareza dos conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valor acrescentado na minha formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Como qualifica a sessão em que participou nos seguintes aspectos:

	Não Satisfaz	Satisfaz pouco	Satisfaz	Satisfaz muito
Adequação do formato				
Adequação da duração				
Instalações e organização Logística				
Documentação disponibilizada				

5. Balanço Global:

Aspectos mais positivos

Aspectos menos positivos

Muito obrigado pela sua colaboração

Avaliação da sessão de Educação para a saúde

(“Alterações fisiológicas na adolescência e sexualidade”)

As sessões de educação para a saúde decorreram, conforme planeado, nos dias 17, 21 e 25 de Maio de 2010, tendo sido efectuadas 2 sessões em cada dia.

Participaram 120 alunos na totalidade das 6 acções desenvolvidas, com idades médias de 11,5 anos de idade.

Da avaliação feita, através da dinâmica das diferentes sessões de Educação realizadas sobre a temática da sexualidade, e tendo em conta que houve algumas diferenças de turma para turma, ainda assim, e a avaliar pela participação e interesse que os alunos, de uma forma geral, demonstraram, a balanço é extremamente positivo, uma vez que no período de debate, as questões colocadas pelo grupo de alunos participantes foram em número considerável, tendo a maior parte deles apresentado as suas dúvidas sem grandes constrangimentos, que o próprio tema poderia causar-lhes.

Seguidamente apresentam-se as conclusões que emergem da avaliação feita através dos questionários anónimos, que os alunos preencheram no final da sessão de Educação para a Saúde, em que os diferentes itens poderiam ser avaliados como: **Não Satisfaz, Satisfaz Pouco, Satisfaz ou Satisfaz Muito.**

7. 60% dos alunos presentes na sessão avaliou com **Satisfaz Muito**, o **interesse dos conteúdos** apresentados na sessão, sendo que apenas 10% avalia este item, como **Satisfaz Pouco**, não havendo respostas para o item **Não satisfaz**;
8. Relativamente à **clareza da exposição** dos conteúdos apresentados, a maior parte dos inquiridos, 64%, consideraram-na como **Satisfaz muito**;
9. Avaliaram com **Satisfaz Muito** 75% dos alunos, **relativamente ao valor do conteúdo apresentado** para a sua formação;
10. Relativamente à **adequação do formato da sessão** 80% dos alunos avaliaram-na como **Satisfaz**;
11. Quanto à **duração da sessão** 55% dos alunos avaliaram com **Satisfaz Muito**, sendo que ainda 25% considerou como **Satisfaz Pouco** a duração da sessão;
12. Relativamente as **instalações** onde decorreu a sessão e **organização logística**, a maior parte dos alunos (55%) consideraram como **Satisfaz**

De realçar ainda, que nas questões abertas, onde era solicitado que os alunos indicassem os aspectos positivos e negativos da sessão obtiveram-se apenas 11 respostas dos 120 alunos participantes.

Na generalidade, penso que os objectivos gerais e específicos delineados aquando do planeamento destas sessões de educação para a saúde foram amplamente atingidos.

Diapositivo 1



Diapositivo 2



Diapositivo 3



Diapositivo 4

• O que são métodos contraceptivos?

São processos que permitem evitar uma gravidez não desejada.



Diapositivo 5

• Quem os deve usar?

Qualquer pessoa que tenha iniciado a sua vida sexual e que não deseje engravidar no momento.



Diapositivo 6

• Todas as pessoas usam o mesmo método contraceptivo?


- existem vários métodos contraceptivos;
- a escolha deve ser auxiliada por um médico/enfermeiro;
- cada um escolhe o método que mais se adequa à sua idade, frequência de actividade sexual,...



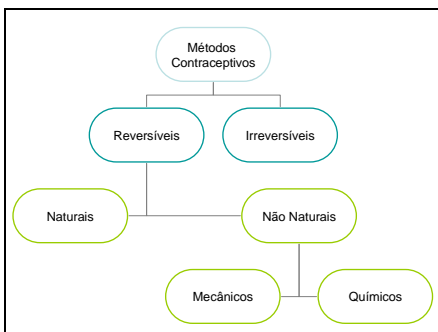
Diapositivo 7

• A gravidez é uma preocupação só das mulheres?

- o homem tem igual responsabilidade e deve assumir o seu papel paternal;
- deve igualmente ser informado sobre os métodos contraceptivos existentes, de forma que possa ser feita uma escolha conjunta, do método que oferece mais segurança a ambos.



Diapositivo 8



Diapositivo 9

Métodos contraceptivos reversíveis: métodos que ao deixarem de ser utilizados permitem uma gravidez;

Métodos contraceptivos irreversíveis: métodos que se destinam essencialmente a casais que não desejam ter mais filhos, uma vez que são praticamente irreversíveis. A sua eficácia é praticamente total. Exige uma intervenção cirúrgica que pode envolver uma anestesia geral ou local.

Diapositivo

10

Métodos Irreversíveis

Laqueação das trompas: operação cirúrgica onde é feito um pequeno corte nas trompas de Falópio para impedir o encontro entre os espermatozoides e o óvulo.



Vasectomia: operação cirúrgica onde é feito um pequeno corte nos canais deferentes para evitar que o esperma expelido contenha espermatozoides.



Diapositivo

11

Métodos Reversíveis


Métodos naturais: métodos que se baseiam no conhecimento do período fértil da mulher e na abstenção de relações sexuais durante esse período. São menos eficazes que os métodos não naturais;

Métodos não naturais: métodos que impedem a fecundação através da utilização de dispositivos adequados, enquanto que outros se baseiam no uso de substâncias.


Diapositivo

12

Métodos Naturais

Método do calendário ou de Ogino 

Este método tenta determinar o período fértil da mulher conhecendo a data da próxima. É relativamente eficaz se a mulher for regular.



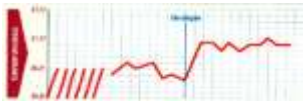
Período fértil = data da próxima ovulação (17 a 19) + 12 dias antes (11, 12, 13, 14 e 15) = 11-12-13-14-15-16-17-18

Diapositivo

13

Método da temperatura ↩

Baseia-se na medição da temperatura que deve ser avaliada antes de se levantar e em jejum (durante pelo menos 6 meses), verificando-se que sobe alguns décimos de grau imediatamente a seguir à ovulação e que se mantém nesse patamar durante alguns dias. A reduzida eficácia deste método reside no facto de poderem existir oscilações de temperatura sem serem devidas à ovulação.




Diapositivo

14

Método de Billings ou do muco cervical ↩

Consiste numa observação regular do muco cervical. O muco cervical (secreção normal produzida pelo colo do útero) torna-se mais abundante, mais líquido e mais transparente na altura da ovulação. Devem evitar-se as relações sexuais desde o momento em que o muco se apresenta com este aspecto, até ao momento em que se torna mais espesso e de cor amarelada.



Diapositivo

15

Coito interrompido ↩

Neste método o homem retira o pénis da vagina antes da ejaculação. A sua eficácia é baixa dado que nas gotas de líquido pré-ejaculatório pode haver espermatozóides que fiquem na vagina antes da interrupção da relação sexual.

Diapositivo

16

Métodos Não Naturais

Métodos químicos: são substâncias químicas que podem ser utilizadas para evitar uma gravidez;

Métodos mecânicos: são dispositivos que impedem a fecundação e a nidação.


Diapositivo

17

Métodos Químicos

Pílula ↘

Comprimido feito à base de hormonas (estrogénios e progesterona). Impede a ovulação e, consequentemente, a gravidez. Existem vários tipos de pílulas, pelo que deverá ser um médico a aconselhar qual a mais indicada. É bastante eficaz desde que não existam esquecimentos, a ingestão de outros medicamentos que possam anular o seu efeito e a ocorrência de episódios de vómitos ou diarreia.



Diapositivo

18

Pílula do dia seguinte ↘

Consiste na toma de uma pílula especial nas 72 horas seguintes ao acto sexual. Quanto mais cedo for o início do tratamento, maiores as probabilidades de sucesso. Deve ser utilizado apenas numa situação de emergência.



Diapositivo

19

Injeções hormonais ↩

Injeções constituídas por hormonas que se vão libertando de modo contínuo durante determinado tempo (geralmente 3 meses).




Diapositivo

20

Implante ↩

Pequena vareta que é colocada sob a pele, no lado interno da parte superior do braço. Vai libertando lentamente uma hormona. A sua eficácia mantém-se por 1 período de 3 anos.



Diapositivo

21

Adesivo ↩

Contém hormonas que são rapidamente libertadas através da pele para a corrente sanguínea durante 7 dias. Cada adesivo deve ser mudado semanalmente durante 3 semanas, seguidas de uma semana onde ocorre a menstruação.



Diapositivo

22

Espermicidas ↷

Espuma, creme ou óvulos. Destroem ou imobilizam os espermatozoides. Deve ser introduzido na vagina antes das relações sexuais. Usados sozinhos têm uma segurança baixa.




Diapositivo

23

Métodos Mecânicos

DIU ↷

Pequeno aparelho em metal e/ou plástico, que é introduzido no útero e que aí permanecerá até acabar a sua validade (3 a 5 anos). Só pode ser colocado ou retirado numa consulta médica.



Diapositivo

24

Diafragma ↷

Cúpula de borracha fina, montada sobre um anel de metal flexível recoberto de borracha. É introduzido na vagina antes da relação sexual. Impede que os espermatozoides atinjam o útero.



Diapositivo

25

Preservativo feminino 

Invólucro de borracha que se coloca no interior da vagina. Impedem que os espermatozoides possam chegar às trompas de Falópio.



Diapositivo

26


Preservativo masculino 

Saco de látex muito fino, descartável que é desenrolado sobre o pênis erecto, antes da relação sexual. É o único método contraceptivo que evita o contágio das DST's.



Diapositivo

27




DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS
(DST's)

Diapositivo

28

DST's
O QUE SÃO?



- São doenças causadas por bactérias, fungos e vírus.
- Transmitem-se através do contacto sexual desprotegido, quando um dos parceiros está infectado.

Diapositivo

29

SIDA

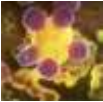


Sintomas	Sinais e sintomas	Transmissão
<ul style="list-style-type: none">• Conjunto de sinais e sintomas ("várias doenças")	<ul style="list-style-type: none">• Corpo mais fraco• Delezes baixas• Agressores internos e externos	<ul style="list-style-type: none">• Sangue• Secreções Sexuais• Mãe infectada para o filho

Diapositivo

30

O que é a SIDA?



- É considerada a mais grave de todas as DST's e é causada pelo vírus HIV.
- O HIV introduz-se no organismo, podendo permanecer inactivo por algum tempo.
- Quando activo, ataca o sistema imunitário, destruindo-o.
- Não tem cura.

Diapositivo

34

Como se transmite?

- ♦ Quase exclusivamente por contacto sexual desprotegido.
- ♦ Um simples beijo numa zona que contenha uma pequena ferida, é perigoso.



Diapositivo

35

Como não se transmite?

- ♦ Através do uso de WC comuns, toalhas e outros objectos.
- ♦ Usando sempre preservativo na relação sexual.





Diapositivo

36

CANDIDÍASE

- ♦ Causada pelos fungos *Candida albicans*, que se desenvolvem num local quente e húmido da vagina.
- ♦ No homem manifesta-se por inflamação, ardor e aparecimento de pequenos pontos vermelhos no pénis.
- ♦ Na mulher surge uma inflamação e irritação da vulva, acompanhado de um fluxo espesso e esbranquiçado.
- ♦ É de fácil tratamento.



Diapositivo

37

Como se transmite?

- ◆ Contacto sexual desprotegido e proliferação do fungo.




Diapositivo

38

Como prevenir?

Antes do contágio

- ◆ Evitar duches vaginais;
- ◆ Na higiene íntima, utilizar um sabão com pH idêntico ao da pele (5.5) e secar muito bem;
- ◆ O uso de roupas apertadas aumentam o calor local, facilitando o proliferação dos fungos;
- ◆ Evitar o uso de roupa interior feita com tecidos sintéticos.




Diapositivo

39

Como prevenir? (cont.)

Após o contágio

- ◆ Aquando da higiene íntima, deve usar-se sempre uma toalha limpa e pessoal;
- ◆ Deve fazer-se abstinência sexual logo após o aparecimento de sintomas e durante o tratamento.




Diapositivo

40

GONORREIA

- ♦ Infecção provocada por bactérias, **Gonococos**.
- ♦ Na mulher pode afectar o colo do útero e no homem, a uretra.
- ♦ Pode expandir-se para a região anal.
- ♦ Caracteriza-se pela saída de pus pela uretra e ardor ao urinar.
- ♦ Pode ser facilmente tratada com antibióticos.
- ♦ Quando não tratada, pode levar à esterilidade.




Diapositivo

41

Como se transmite?

- ♦ Através da relação sexual.
- ♦ Durante o parto.




Diapositivo

42

Como prevenir?

- ♦ Uso de preservativo durante as relações sexuais.
- ♦ Lavagem dos genitais com desinfectantes adequados.



Diapositivo

43

HERPES GENITAL

- É causada por um vírus, o **Herpes Simplex**.
- Afecta os órgãos genitais e as zonas envolventes.
- Caracteriza-se por vesículas em forma de cacho que surgem 4-5 dias após o contágio.
- Não tem cura, mas a frequência e os sintomas podem ser aliviados com



Diapositivo

44

Como se transmite?

- Através do contacto sexual com um parceiro infectado, durante uma fase activa do vírus.



Diapositivo

45

Como prevenir?

- Uso de preservativo durante as relações sexuais.
- Abstinência sexual na fase activa do vírus.




Diapositivo

46

HEPATITE B

- É uma doença grave causada por um vírus que afecta o fígado.
- O sangue é o principal meio de transmissão e logo depois a saliva.
- Quando não tratada, pode tornar-se uma doença crónica, podendo levar à morte.
- Pode provocar febre, dores abdominais, fadiga, amarelamento dos olhos e pele e escurecimento da urina.





Diapositivo

47

Como se transmite?

- Transmissão ao feto pela mãe.
- Durante o contacto sexual através do sêmen e secreções vaginais.
- Através de fluidos corporais como suor, lágrimas e saliva.




Diapositivo

48

Como prevenir?

- A melhor forma de prevenção é através da vacinação (VHB).
- Uso de preservativo nas relações com parceiro infectado ou desconhecido.




Diapositivo

49

VÍRUS DO PAPILOMA HUMANO (HPV)

- ♦ É um vírus que se aloja na pele e mucosas genitais tais como vulva, vagina, colo do útero e pénis.
- ♦ Existem mais de 100 tipos de HPV, sendo que, alguns deles pode causar cancro do colo do útero.
- ♦ Pode ser assintomático e por vezes é eliminado sem que o doente saiba que foi infectado.
- ♦ Por vezes, pode manifestar-se pelo aparecimento de verrugas nos genitais, ou noutras zonas do corpo.
- ♦ É a DST mais frequente.




Diapositivo

50

Como se transmite?

- ♦ Transmite-se geralmente através do contacto sexual.
- ♦ Pode transmitir-se também através do contacto pele com pele.
- ♦ É um vírus muito comum e a maior parte dos indivíduos será infectado em alguma fase da sua vida.




Diapositivo

51

Como prevenir?

- ♦ O preservativo é o único método eficaz para prevenir as DSTs.
- ♦ No entanto, na transmissão do HPV nem sempre é eficaz pois, o HPV pode estar na pele que não é coberta pelo preservativo.
- ♦ Sendo o cancro do colo do útero a forma mais grave do HPV, existe actualmente uma vacina que deve ser administrada às mulheres.
- ♦ Esta vacina deve ser administrada às mulheres em idade fértil, ate aos 25 anos, preferencialmente antes do inicio da vida sexual.



Diapositivo
52



Diapositivo 1



Diapositivo 2



Diapositivo 3

Rapazes e Raparigas



Puberdade é a fase da adolescência em que se inicia o funcionamento dos órgãos do sistema reprodutor.

A partir da puberdade facilmente se distingue o corpo de uma mulher do corpo de um homem...

Diapositivo 4

O que é a Puberdade?

- Conjunto de alterações hormonais, físicas e psicológicas que acontecem na vida dos rapazes e das raparigas.
- Etapa muito importante, que marca a passagem da infância para a idade adulta

ADOLESCÊNCIA

O seu início é variável;

- Nas raparigas: entre os 10 e os 13 anos;
- Nos rapazes: entre os 12 e os 14 anos.

Diapositivo 5

O que é a Puberdade? (cont.)

O processo de desenvolvimento e crescimento da adolescência ocorre em diversos sectores do organismo. Porém, as alterações mais marcantes são:

- aumento da altura;
- aumento do peso;
- maturação sexual.

- É comum nesta fase sentires sentimentos contraditórios. Ora te sentes criança, ora te sentes adolescente;

- Por vezes sentes-te bem com o teu corpo, outras vezes sentes-te desconfortável, pois estás a mudar;

- As emoções são vividas com muita intensidade, por vezes com desejos contraditórios.

Diapositivo 6

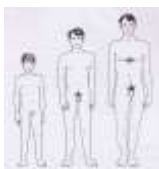
Puberdade

Os ovários passam a segregar hormonas sexuais (os estrogénios e a progesterona), enquanto que os testículos produzem outras hormonas sexuais (os andrógenos, especialmente a testosterona).

Esta etapa é o ponto de partida para a aparição dos caracteres sexuais nas raparigas e nos rapazes.

Diapositivo 7

Puberdade no Rapaz



- os braços, as pernas e os pés crescem a uma velocidade maior do que as outras partes do corpo dando-lhes um aspecto desengonçado;
- a voz torna-se mais grave;
- surge a pilosidade na face, na região púbica, nas axilas e um pouco por todo o corpo;
- é frequente o aparecimento de acne;
- as glândulas sudoríparas são activadas;
- os ombros alargam-se;
- a musculatura desenvolve-se;
- a maçã-de-Adão pode tornar-se mais saliente;
- o crescimento acelera-se.

Diapositivo 8


Puberdade na Rapariga



- os seios desenvolvem-se, embora raramente cresçam ao mesmo tempo dos dois lados;
- as ancas arredondam-se e a bacia alarga-se;
- nádegas e coxas tomam-se mais volumosas;
- a pilosidade da região púbica e das axilas aparece;
- os grandes e pequenos lábios da vulva aumentam;
- ocorre a primeira menstruação a que se chama menarca;
- o crescimento acelera-se;
- a silhueta torna-se mais delgada.

Diapositivo 9

Sistema Reprodutor Masculino



É constituído pelo conjunto dos órgãos sexuais (glândulas e vias genitais) que são os caracteres sexuais primários masculinos.

Diapositivo

10

Sistema Reprodutor Masculino

Testículos	Duas glândulas com cerca de 4 cm; Situam-se numa bolsa externa (escroto); Produzem os espermatozoides.
Canais deferentes (vias genitais)	Dois tubos musculosos com 40 cm de comprimento; Conduzem os espermatozoides dos testículos às vesículas seminais; Terminam na uretra junto à próstata.
Vesículas seminais	Duas glândulas produtoras de um líquido nutritivo que, juntamente com o líquido prostático e os espermatozoides, forma o esperma ou sêmen.
Próstata	Glândula que produz o líquido prostático; Situada na base da bexiga e atravessada pela uretra.
Pénis	Situado na parte exterior do corpo; Enche-se de sangue e endurece quando sexualmente excitado (erecção); É atravessado pela uretra, por onde o esperma é expulso quando acontece a ejaculação.

Diapositivo

11

Sistema Reprodutor Masculino



Os espermatozoides humanos, produzidos nos testículos a partir da puberdade, são células microscópicas que se deslocam movendo a cauda num líquido nutritivo.

Diapositivo

12

Sistema Reprodutor Feminino



É constituído pelo conjunto dos órgãos sexuais (glândulas e vias genitais) que são os caracteres sexuais primários femininos.

Diapositivo

13

Sistema Reprodutor Feminino

Ovários	Duas glândulas com o tamanho de 3 cm; Local onde se produzem os óvulos.
Trompas (vias genitais)	Dois canais delgados por onde os óvulos se deslocam dos ovários até ao útero.
Útero (via genital)	É oco e tem paredes musculares fortes e elásticas; Local onde se desenvolve o novo ser.
Vagina (via genital)	Tem forma de tubo e liga-se ao útero por um canal delgado (colo do útero); Músculo elástico; Abre-se para o exterior pela vulva.
Vulva	Órgão externo com dois pequenos e dois grandes lábios.

Diapositivo

14

Sistema Reprodutor Feminino



O óvulo, célula sexual feminina ou gâmeta feminino, tem cerca de 0,13 mm de diâmetro e é visível a olho nu. São produzidos nos ovários.

Diapositivo

15

Sistema Reprodutor

O sistema reprodutor é constituído, tanto no homem como na mulher, pelos órgãos sexuais e vias genitais;

O aparecimento dos caracteres sexuais secundários é o sinal exterior de que os órgãos sexuais iniciaram o seu funcionamento e o corpo se está a preparar para, mais tarde, originar seres semelhantes pela função reprodutora;

Além do aparecimento dos caracteres sexuais secundários, o funcionamento dos órgãos sexuais é anunciado nos rapazes pela libertação de esperma (ejaculação), muitas vezes durante o sono e nas raparigas pelo período menstrual (libertação mensal de sangue com células uterinas).

Diapositivo

16

Ciclo Sexual

↳ Espaço de tempo entre o primeiro dia de uma menstruação, até ao primeiro dia da menstruação seguinte.

Normalmente tem a duração de 28 dias, no entanto, pode variar entre os 17 e 35 dias.

Importância do Ciclo Sexual:

- Permite que, normalmente, um único óvulo seja libertado dos ovários, de forma a que um único embrião se desenvolva;
- Produz um endométrio suficientemente espesso e rico em nutrientes, de forma a proporcionar as condições adequadas a uma eventual gravidez;

Diapositivo

17

Ciclo Sexual

Ciclo Sexual

↑

Ciclo ovário: ← ————— → **Ciclo uterino:**

- Divide-se em três fases e compreende as transformações que ocorrem no ovário, levando à libertação do óvulo.

- É também dividido em três fases e consiste no conjunto de mudanças que afectam o endométrio.

Diapositivo

21

Ciclo Sexual (cont.)

Todas as pessoas são diferentes. Com o período acontece praticamente o mesmo : não há dois iguais.

Além disso, uma mudança no estado emocional, no estilo de vida, uma viagem, exames, férias... Podem provocar alterações no teu período .
Controlares o teu período através de um calendário é uma boa forma de te ajudar a conhecer o teu ciclo sexual e a identificar a ocorrência de alterações.

Diapositivo

22

Fluxo Vaginal

- Surge na puberdade , antes da primeira menstruação e prolonga-se durante toda a vida da mulher,
- A sua quantidade reduz com a menopausa;

É um líquido espesso, esbranquiçado e transparente, proveniente da vagina.

Função:
Protege a vagina de infeções e funciona como lubrificante natural, mantendo-a húmida e limpa.

↓

Se o fluxo vaginal mudar em quantidade e odor, ou provocar ardor na zona genital, pode ser um sinal de infeção.

↓

Deves consultar o teu médico ou médica.

Diapositivo

23

Ereção e Ejaculação

Na adolescência, os órgãos sexuais do rapaz crescem, mudam de aspecto e começam a funcionar como num adulto.

Ereção:
Quando o pénis endurece e aumenta de tamanho.

Ocorre porque o tecido esponjoso que existe no interior do pénis enche-se de sangue, fazendo com que este varie de tamanho e largura.

↓

-A ereção pode ser motivada por um estímulo sexual, no entanto também pode ser motivada por outras situações , de forma espontânea e sem se poder evitar.


Ejaculação:
Durante a ereção, os músculos dessa zona podem contrair-se, empurrando o sêmen pela uretra e eliminando-o para o exterior

Diapositivo
27

Higiene Pessoal (cont.)

- Cabelos

Este vai tornar-se mais oleoso, exigindo que o laves mais frequentemente e o penteies diariamente



Diapositivo
28

Higiene Pessoal (cont.)

- Dentes

Deves lava-los de manhã, antes de te deitares e depois das refeições



Diapositivo
29

Higiene Pessoal (cont.)

- Mãos

Mantém-nas sempre limpas, a fim de evitares muitas infeções;
Lava-as antes e depois das refeições, quando fores a casa de banho e sempre que estiverem sujas.



Diapositivo

30

Higiene Pessoal (cont.)

- Os órgãos sexuais externos (genitais)

Necessitam de uma higiene diária, pois existem pregas de pele onde se acumula suor, urina e gordura.

→Raparigas
Deves lavar os teus genitais com água e um sabão adequado;
Quando vais à casa de banho, deves limpar-te sempre da frente para trás.

→ Rapazes
Deves prestar especial atenção à higiene do teu pénis: afasta com cuidado o prepúcio que cobre a glande e lava-o adequadamente.

Diapositivo

31

Higiene Pessoal (cont.)

- Utiliza sempre uma toalha individual para te limpar;
- Utiliza desodorizante;
- Muda de roupa interior e meias todos os dias.

Lembra-te que a higiene não é só asseio, também engloba o cuidado com a postura:

- Senta-te correctamente e mantém as costas direitas e apoiadas nas costas da cadeira;
- Evita caminhar com as costas curvadas;
- Se tiveres de levantar pesos do chão, dobra os joelhos e nunca as costas;
- Se andares com uma mochila, transporta-a nos dois ombros para dividir o peso e evitar dores musculares.

Diapositivo

32

A Descoberta da Sexualidade

No início da puberdade, os rapazes e as raparigas tornam-se mais reservados e necessitam de mais privacidade;

Começam a sentir sentimentos antagónicos, como a euforia e a tristeza;

Os laços de amizade com amigos do mesmo sexo são reforçados e apaixonam-se frequentemente por pessoas mais velhas (actores de cinema, professores);

Começam assim, a ter fantasias românticas.

O Primeiro Amor

Acontece quando um rapaz ou uma rapariga sentem que é aquela ou aquele a pessoa com quem sempre sonharam;

Vive-se nas nuvens, é como se tudo à volta tivesse parado;

É sobretudo na adolescência que se vivem as grandes paixões, existe um sentimento de pertença. Isto leva a que, quando surge uma rutura, aquele que é abandonado se sinta como se tivesse perdido uma parte de si.



ANEXO III

Intervenção ao Prestador de Cuidados Informal

PLANEAMENTO DE SESSÃO AOS FAMILIARES DE DOENTE ESQUIZOFRENICA

“Suporte ao Cuidador Informal”

Análise da Situação:

A sessão irá decorrer no dia 27 de Setembro de 2010 às 18H00 e destina-se a familiares de uma doente internada no Departamento de Psiquiatria do Hospital São Teotónio de Viseu.

Escolha do Tema:

Apoiar alguém que sofre de esquizofrenia pode tornar-se um esforço difícil e prolongado que pode causar muito desgaste. Viver com um doente esquizofrénico pode-se tornar numa carga financeira pesada, na medida em que afecta o trabalho e a vida social dos familiares ou de outras pessoas que cuidam destes doentes, para além de ser emocionalmente desgastante – principalmente quando o doente tem uma recaída. Em alguns casos, a reacção emocional à doença das pessoas que cuidam destes doentes ou dos seus amigos e o método que usam para lidar com ela não são eficazes. Os familiares são, frequentemente, os prestadores de cuidados mais importantes para as pessoas que sofrem de esquizofrenia. Os tipos de apoio que eles fornecem dependem das necessidades do doente, da disponibilidade dos serviços de saúde mental e de apoio à comunidade e do papel que as famílias, numa determinada sociedade, assumem relativamente ao tratamento dos seus familiares.

Melhorar a capacidade dos familiares para lidarem com o doente pode diminuir o “fardo” que a doença acarreta para família, bem como reduzir os sintomas e a incapacidade da pessoa doente.

Sendo os prestadores de cuidados Informais um elemento-chave para assegurar uma boa qualidade de vida às pessoas que sofrem de esquizofrenia, no momento pós alta, quando estas se encontram fora do hospital, torna-se necessário fornecer-lhes informação/formação, para que entre outros ganhos, estes possam em domicílio:

- Incentivar os doentes a tomar a medicação prescrita;
- Identificar sinais de uma recaída e procurar uma ajuda atempada;
- Assegurar-se de que a saúde física dos doentes está sob controlo;
- Ajudar os doentes a gerir o seu orçamento.

Será assim da competência do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria, criar um espaço e ambiente, para a família do doente expor as suas dúvidas, os medos, o sofrimento, de forma confiante, expressando livremente tudo o que sentem. “...quanto mais cedo a família consegue compreender a doença e estabelecer relações apropriadas com a pessoa doente, mais hipóteses tem de continuar uma célula equilibrada e harmoniosa.” (Póvoa e Silva, 1997)

O quadro seguinte representa o planeamento de sessão de uma forma esquemática:

Entidade Formadora: DSMP - HSTV			
Entidade Receptora: Familiares de doentes internados no DSMP			
Local: Castro Daire	Data: 27 de Setembro de 2010	Duração: 60min	Formador: Enf. ^a José Rodrigues
Destinatários: Familiares de doentes do DSMP (sector feminino) – HSTV			


Objectivos	
Gerais	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar ensinios estruturados, relacionados com as dificuldades sentidas pelo PCI/família, ou com incapacidades diagnosticadas pelos Enfermeiros, prevenindo a recaída e diminuindo a probabilidade de reinternamento do utente, através da promoção da sua participação no processo terapêutico. - Promover o desenvolvimento de competências no PCI/Família, relacionadas com o cuidar do doente Psiquiátrico. - Diminuir o receio, ansiedade, culpabilidade... do PCI/família.
Específicos	<p>Pretende-se que o PCI/familiar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Compreenda as causas, sintomas, tratamento e prognóstico da doença do seu familiar 10. Perceba as atitudes e comportamento do seu familiar 11. Perceba a importância da administração correcta da medicação ao seu familiar em domicílio

Fases	Conteúdos	Métodos e Técnicas Pedagógicas

Introdução (5min)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contextualização do tema 	<p style="text-align: center;">Método expositivo</p> <p style="text-align: center;">Método interrogativo</p>
Desenvolvimento (50min)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ As dificuldades percebidas e sentidas pelo PCI/familiar ✓ A doença (sintomas, tratamento, prognóstico...) ✓ Estratégias para lidar com o doente ✓ Importância de cumprir esquema terapêutico ✓ Atitudes preventivas 	<p style="text-align: center;">Método expositivo</p>
Conclusão (10min)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Síntese da sessão ✓ Encerramento da sessão 	<p style="text-align: center;">Método expositivo</p> <p style="text-align: center;">Método interrogativo</p> <p style="text-align: center;">(técnica de perguntas para os familiares)</p>

O formador:

José Rodrigues

 <p>Ministério da Saúde Hospital de São Teotónio, E.P.E. Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental</p>	MANUAL DE PROCEDIMENTOS / NORMAS	Elaborado em 23/11/10	Folha 102/117
	NORMA 930d	Revisto em __/__/__	Revisão N.º 0
			Próxima revisão a 23/11/2012

TÍTULO: Executar Intervenção Familiar de Enfermagem

ÂMBITO: Esta norma, assim como as Normas englobadas, aplica-se aos enfermeiros do serviço de internamento de DPSM, extensível a todos os enfermeiros especialistas em Saúde Mental e Psiquiatria dos serviços de internamento do hospital.

FUNDAMENTOS: Através da utilização dos pontos fortes do PCI (Família/Instituição) influencia-se a saúde do utente numa direcção positiva, pelo seu envolvimento no processo terapêutico. Mediante a avaliação das necessidades básicas afectadas, do utente e respectivas estruturas de apoio na sociedade (familiar, amigos, vizinhança, centros de dia, lares, etc.), através da observação directa e auscultação das “forças vivas” locais, actua-se conjuntamente com o PCI sempre que pertinente e possível.

A família é considerada o grupo social primário, variando a sua composição e papel ao longo das culturas e épocas. O grupo social família pode incluir entre os seus membros indivíduos que estão ou não ligados biologicamente entre si. Ela é um mundo de relações e o espaço social onde se realizam os factos da vida vinculados ao corpo biológico, com o nascimento, o acasalamento, o envelhecimento e a morte (Sarti, 2004).

A família, como célula vital para a saúde humana, é o contexto dentro do qual evolui a saúde do indivíduo. Ela influencia de maneira significativa as crenças dos seus membros, as suas atitudes e os comportamentos relativos à saúde e a doença. Hábitos como a alimentação, o uso de álcool e tabaco, a prática de exercícios físicos e a maneira de lidar com as situações de *stress* desenvolvem-se dentro do contexto familiar. (Duhamel, 1995)

A confirmação do diagnóstico e o início da doença constituem alguns dos factores que geram inúmeras mudanças no contexto familiar. A família vive uma situação de *stress* que culmina com a desorganização de todo o grupo social. A vida familiar é interrompida e a trajectória de vida dos seus membros pode ser modificada (Teschinky, 2000). As relações familiares são afectadas instalando-se um estado de tensão que pode perdurar por um longo período de tempo (Saunders et al, 2002). Cada família reage de maneira diferente e tem o seu próprio estilo de lidar com o problema, possuindo uma visão muito particular do mundo, códigos de comportamento, papéis de género, conceitos de tempo e espaço, gíria e linguagens próprias, histórias, mitos, rituais e os seus próprios meios de comunicar os sofrimentos psicológicos aos outros membros e a comunidade (Helman, 1994)

A doença mental, quer seja de início súbito ou insidioso, é sempre um factor de *stress*, modificando a estrutura habitual da família, o que origina uma situação de crise. Exige pois uma capacidade reorganização rápida e eficiente para manter todo o equilíbrio a nível da dinâmica familiar.

O viver dia-a-dia com a pessoa portadora de doença mental, é frequentemente gerador de grande sofrimento, angústia, conflitos, culpabilidade, raiva e ansiedade, provocando na família níveis elevados de stress, em consequência da exaustão que a própria adaptação provoca.

Para uma intervenção a nível familiar, o Enfermeiro de Saúde mental e Psiquiatria, deverá fazer uma avaliação do impacto que o distúrbio psíquico causou, no contexto do ciclo de vida quer do doente quer da família. Deverá ter em conta a individualidade e a autonomia de todos os elementos da família. Poderá haver necessidade de alguns (ou algum) elementos alterarem, ou até, desistirem de algum (s) projecto de vida.

As dificuldades materiais que surgem da doença mental contribuem também para modificar a estrutura familiar, estabelecendo-se novas relações entre os seus membros. Alguns deles “...vêm-se obrigados a parar ou a retomar o seu trabalho em função das necessidades do doente...Esta situação pode provocar-lhes uma reacção de frustração...ressentimento contra o doente, uma sensação de injustiça perante a sociedade...” (Póvoa e Silva, 1997).

Os recursos económicos disponíveis poderão ser também afectados, podendo ser até, insuficientes para a satisfação das necessidades família. Caso a doença afecte um dos pais, ou outro elemento da estrutura familiar com responsabilidades na economia da mesma, o impacto da doença naquela família será necessariamente maior e mais nefasto na dinâmica familiar.

A actual política de saúde mental tende a proclamar o lugar do doente na sociedade/comunidade e preferencialmente na família. No entanto, torna-se imperativo avaliar os medos e receios da família bem como ajudar a família a desenvolver competências para lidar com o indivíduo portador de doença mental.

Sendo aceite, que grande parte das famílias têm capacidade de manter/receber o seu doente no seu seio familiar, e assumir o papel de cuidadoras, o diagnóstico clínico, o estigma, a fadiga, o desgaste, os sentimentos de culpa, a alteração das dinâmicas familiares, o desconhecimento dos recursos existentes... impede-os de olhar para a situação de forma menos dolorosa e incapacitante.

Será assim da competência do Enfermeiro de Saúde Mental e Psiquiatria, criar um espaço e ambiente, para a família do doente expor as suas dúvidas, os medos, o sofrimento, de forma confiante, expressando livremente tudo o que sentem. “...quanto mais cedo a família consegue compreender a doença e estabelecer relações apropriadas com a pessoa doente, mais hipóteses tem de continuar uma célula equilibrada e harmoniosa.” (Póvoa e Silva, 1997). Assim o enfermeiro poderá antecipar-se á crise e contribuir para a preservação da dinâmica familiar saudável, ingrediente indispensável á reabilitação do doente.

Cuidar da família é urgente, para que ela cuide do seu familiar, “Em certas situações, funciona melhor um apoio á família do que ao doente” (Correia, 1998), já que as famílias têm no seu interior recursos que muitas vezes desconhecem, e que nós técnicos, temos de ajudar a descobrir e desenvolver. A reabilitação do doente será tanto mais facilitada quanto mais conhecimentos a família tiver sobre os estádios da doença (Póvoa e Silva, 1997), adequando

assim o seu clima emocional exigências, às capacidades do seu familiar, delineando estratégias e atitudes no âmbito do cuidar.

Um ambiente emocional estável, com espaço para o diálogo sobre as necessidades, problemas/dificuldades do familiar, ouvindo-o apoiando-o e orientando-o, são factores que têm uma ponderação forte na reabilitação e no rearmar de novas crises. (Helena Luís, 2007)

Torna-se visível que uma pessoa nunca adoece só, todos os sistemas nos quais ela está contida e que ela contém, adoecem também. A intervenção do enfermeiro terá pois de transpor as fronteiras da pessoa doente e estender a sua acção às necessidades dos outros sistemas, especificamente a família que para cuidar tem que ser cuidada.

OBJECTIVO(S):

- Oferecer conhecimento especializado ao PCI, rentabilizando os recursos humanos existentes na instituição.
- Aplicar ensinamentos estruturados, relacionados com as dificuldades sentidas pelo Utente/PCI, ou com incapacidades diagnosticadas pelos Enfermeiros, prevenindo a recaída e diminuindo a probabilidade de re-internamento do utente, através da promoção da sua participação no processo terapêutico.
- Promover uma mais eficiente reorganização da dinâmica familiar, orientando o PCI/Família para novas formas de resolução de problemas.
- Promover o desenvolvimento de competências no PCI/Família, relacionadas com o **saber** (podem ser rotuladas de cognitivas, centradas na síntese de informação que deverá ser transmitida, para facilitar o cuidar do doente em domicílio).

INICIATIVA – Capacidade de iniciar uma acção, identificar a necessidade, seleccionar a intervenção e implementá-la

RESPONSABILIDADE – Assegurar a qualidade da acção (dependente do conhecimento);

AUTONOMIA – Capacidade para implementar e avaliar as acções por si, de modo a requerer os serviços de apoio formais de forma adequada.

DETERMINAÇÕES:

- **TEMPO NECESSÁRIO ESTIMADO:** 60 minutos
- **NÍVEL DE FORMAÇÃO BÁSICA EXIGIDA:** Enfermeiro Especialista
- **FREQUÊNCIA RECOMENDADA:** SOS (até 2 x internamento)

DESCRIÇÃO: - CRITÉRIOS DE ACTIVAÇÃO: Iniciar quando estão activados os diagnósticos de Enfermagem:

- Stress do PCI Demonstrado
- Papel do PCI Ineficaz (Conhecimento do PCI Não Adequado)
- Papel do PCI Interrompido (Intolerância - Rejeição – Deserção)
- Relação Dinâmica Ineficaz

- Relação Disfuncional Demonstrado

- Contactar o Utente/PCI (Família/Instituição) se, para o efeito, o Serviço não for contactado pelos próprios, para determinar o dia e hora mais adequados aos intervenientes
- Determinar número máximo (nunca superior a 6) de participantes (incluindo o líder da sessão e excluindo o utente e outros técnicos)
- Identificar o propósito da consulta/o problema que é foco da consulta
- Identificar uma estrutura responsável
- Desenvolver um contrato escrito para definir a concordância e evitar compreensão errónea, promovendo a habilidade do utente/PCI para manter maior responsabilidade e auto-direcção
- Identificar e esclarecer as expectativas de todas as partes envolvidas
 - Se necessário contactar previamente o médico e assistente social para estarem presentes
 - Pode ser possível marcar outra reunião se as partes envolvidas considerarem a primeira insuficiente
- Coligir relatório com as recomendações, em Folha de Registo própria

NORMAS ASSOCIADAS:

- Aconselhar sobre
- Apoiar a Família ou PCI
- Ensinar sobre _____
- Ensinar sobre o Processo de Doença
- Negociar Contrato com o Utente/Prestador de Cuidados Informal
- Optimizar Assistência Familiar
- Optimizar o Sistema de Apoio Social
- Orientar os Pais: Adolescente
- Orientar Antecipadamente para a Crise
- Promover Capacidade de Resiliência
- Providenciar Encaminhamento para (Serviço de Saúde - Médico Assistente - Psicóloga - Assistente Social - Consulta de Perturbação do Comportamento Alimentar)

DOCUMENTAÇÃO DE SUPORTE:

- AMARAL, António Carlos - **Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental**. Lisboa: Lusociência, Lda., 2010.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS - **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), Versão β_2** . 2.ª Edição. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros (APE), 2003.
- DOCHTERMAN, Joanne McCloskey; BULECHEK, Gloria M. - **Classificação das Intervenções de Enfermagem**. 4.ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- AMARAL, António Carlos – **Intervenção Familiar de Enfermagem (Um projecto de implementação no Serviço)**. Viseu. 2009.

<p>Elaborado por:</p> <p>António Carlos Amaral</p> <p>José Figueiredo Rodrigues</p>	<p>Revisto por:</p> <p>Enf.ª Chefe do Sector Feminino</p> <p>_____</p> <p>(Maria do Carmo Ferreira)</p> <p>Grupo de Acompanhamento do Projecto SGICM</p> <p>_____</p> <p>(Enf.º Filipe Pimenta)</p>	<p><i>Aprovado por:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--	--

Avaliação da sessão de Educação para a saúde

(“Suporte ao Prestador Cuidados Informal/Família”)

A consulta de Enfermagem aos Prestadores de Cuidados decorreu, conforme planeado, no dia 27 de Novembro de 2010 entre as 18h30 e as 19h00.

Estiveram presentes os pais (prestadores de Cuidados Informais) de uma utente, internada no DSMP, a quem foram levantados os seguintes diagnósticos de Enfermagem:

- Stress do PCI Demonstrado
- Papel do PCI Ineficaz (Conhecimento do PCI Não Adequado)

. Esta actividade permitiu criar um espaço e ambiente, para a família da doente expor as suas dúvidas, os medos, o sofrimento, de forma confiante, expressando livremente tudo o que sentiam.

Da avaliação feita, através da dinâmica e da forma como foi decorrendo a própria consulta, penso que esta contribuiu para diminuir, receios, medos, angustias e esclarecer dúvidas que os PCI demonstraram/verbalizaram durante a consulta.

De realçar ainda, que foram interpelados os PCI, no sentido de indicarem se a actividade desenvolvida ajudou a esclarecer as suas dúvidas acerca das causas, dos sintomas, do tratamento e do prognóstico da doença da sua familiar. Referiram que a actividade os ajudou a perceber as atitudes e comportamentos da sua familiar e a perceber a importância da administração correcta da medicação em domicílio.

Quando questionadas se gostariam de participar noutras consultas de Enfermagem, sobre outras temáticas, os PCI mostraram-se muito receptivos ao desenvolvimento de novas actividades deste género.

Na generalidade, penso que os objectivos gerais e específicos delineados aquando do planeamento desta consulta foram amplamente atingidos.

Por se encontrar ainda numa fase “embrionária”, todo o processo de planeamento, execução e avaliação desta actividade necessita de ser revisto, reavaliado e eventualmente reformulado.

ANEXO IV

HIV – SIDA

ESMP	Duração da sessão: Sessão única	Sessão nº: 1	Duração da sessão: 60min	
Objectivos				
Gerais		Específicos		
<p>0. Aprofundar conhecimentos relativos á infecção por HIV – SIDA</p> <p>1. Reconhecer a importância da prevenção no controle da propagação da epidemia</p> <p>2. Apropriar-se das medidas preventivas, no que diz respeito á transmissão da infecção</p> <p>3. Reconhecer a simplicidade do teste de rastreio de HIV</p>		<p>O Utente deve ser capaz de:</p> <p>4. Apreender o significado de HIV e SIDA</p> <p>5. Identificar as formas de prevenção da doença;</p> <p>6. Identificar as formas de transmissão da doença;</p> <p>7. Perceber as formas de não transmissão da doença</p> <p>8. Conhecer a realidade Portuguesa relativa a HIV;</p> <p>9. Identificar os comportamentos de risco associados á transmissão de HIV;</p> <p>10. Compreender a simplicidade e importância dos testes de rastreio precoces;</p> <p>11. Perceber a importância do tratamento precoce;</p>		
Conteúdos	Actividades	Métodos e Técnicas	Recursos materiais	Tempo
<p>12. Dinâmica de apresentação. Apresentação da sessão, dos objectivos e dos métodos de avaliação.</p>	<p>13. Diálogo horizontal e vertical. 14. Leitura em silêncio. 15. Exposição do formador. 16. Tomada de notas. 17. Resolução da proposta de trabalho.</p>	<p>Expositivo</p>	<p>19. Folhas brancas e lápis/caneta. 20. Projector 21. Quite de rastreio de HIV</p>	<p>20min</p>
<p>23. O que é HIV e SIDA 24. Prevenção e transmissão da doença 25. A realidade Portuguesa</p>	<p>18. Correção da ficha de trabalho. Leitura em voz alta.</p>	<p>Demonstrativo</p>	<p>22. Folha resumo para cada um dos formandos</p>	<p>10min</p>

26. Comportamentos de risco 27. Testes de rastreio 28. Tratamento		Interrogativo		30min
Indicações metodológicas e sugestões didáticas		Avaliação		
<p>O módulo inicia-se com a apresentação dos utentes e do formador. Para tal, o formador irá apresentar-se e solicitar a cada um dos formandos que se apresente.</p>		<p>29. Participação e pertinência das intervenções. 30. Adesão às actividades propostas. 31. Capacidade de sistematização e síntese. 32. Ficha de avaliação de conhecimentos</p>		
<p>Feita a apresentação o formador irá usar o método expositivo/interrogativo para transmitir os conteúdos apresentados na coluna “conteúdo”, á excepção da abordagem à realização do teste de rastreio de HIV que será feita através do método demonstrativo.</p>				
<p>Após aplicação do teste de rastreio será aplicado uma ficha de avaliação acerca dos conhecimentos adquiridos.</p>				

Aferição de conhecimentos

1- Indique as três formas de transmissão de HIV.

2- Das seguintes afirmações assinale as verdadeiras (V) e as falsas (f)

O vírus HIV, poderá ser transmitido através de saliva de um indivíduo portador para outro não infectado_____

Os filhos de mães portadoras de HIV serão obrigatoriamente seropositivos. _____

A doença HIV- SIDA tem tratamento_____

A terapêutica anti-retroviral melhora o prognóstico e curso da doença_____

A única forma de protecção, relativamente á transmissão de HIV através de relações sexuais, é o uso correcto do preservativo_____

Avaliação da sessão de Educação para a saúde

(“HIV - SIDA”)

A sessão de educação para a saúde decorreu, conforme planeado, no dia 23 de Dezembro de 2010 pelas 18h30.

Participaram os doze utentes internados na Unidade de Desabilitação de Coimbra.

Da avaliação feita, através da dinâmica da sessão de Educação, pela participação e interesse que os utentes participantes demonstraram, a balanço é extremamente positivo, uma vez que durante o desenrolar da sessão e no próprio período de debate, as questões colocadas pelo grupo de utentes participantes foram em número considerável e muito pertinentes, tendo sido esse período de cerca de 20 minutos.

No final da sessão foi entregue um panfleto, a cada um dos utentes participantes, com a síntese do que foi transmitido durante a sessão de educação para a saúde.

Seguidamente apresentam-se as conclusões que emergem da avaliação feita através da ficha de aferição de conhecimentos (anónima), que os utentes preencheram no final da sessão de Educação para a Saúde.

Dos doze utentes que responderão á ficha de aferição de conhecimentos, oito identificaram correctamente 3 formas de transmissão de HIV, sendo que a grande maioria respondeu correctamente as questões de verdadeiro e falso.

De realçar ainda, que nas questões abertas, onde era solicitado que os utentes indicassem os aspectos positivos e negativos da sessão não se obtiveram respostas.

Em termos gerais penso que os objectivos gerais e específicos delineados aquando do planeamento desta sessão de educação para a saúde foram amplamente atingidos.

Diapositivo 1

HIV – SIDA



IDT

Diapositivo 2

HIV – SIDA

Objectivos gerais:

- Aprofundar conhecimentos relativos à infecção por HIV – SIDA
- Reconhecer a importância da prevenção no controlo da propagação da epidemia
- Apropriar-se das medidas preventivas, no que diz respeito à transmissão da infecção
- Reconhecer a simplicidade do teste de rastreio de HIV

Diapositivo 3

HIV – SIDA

Objectivos Específicos:

- Apreender o significado de HIV e SIDA
- Identificar as formas de prevenção da doença;
- Identificar as formas de transmissão da doença;
- Perceber as formas de não transmissão da doença
- Conhecer a realidade Portuguesa relativa a HIV;
- Identificar os comportamentos de risco associados à transmissão de HIV;
- Compreender a simplicidade e importância dos testes de rastreio precoces;

Diapositivo 4

HIV - SIDA

- O vírus da **Imunodeficiência Humana**, pertencente ao grupo dos retrovírus, é o agente etiológico da SIDA.
- Nesta afecção verifica-se uma depressão do sistema imunitário nos indivíduos infectados.
- Algumas semanas após a infecção pelo VIH, pode surgir a "síndrome retroviral aguda", caracterizada por: febre, mau-estar geral e erupção macular cutânea. Nesta fase, a serologia para o VIH é ainda negativa, o mesmo não sucedendo com a determinação do ácido nucleico viral.
- Após este período inicial, o vírus permanece no hospedeiro, ainda que este se mantenha assintomático (10 anos sem tratame)
- Cerca de metade dos indivíduos infectados pelo VIH manifestam o quadro clínico de SIDA no espaço de 10 anos, na ausência de terapêutica anti-retroviral.

Diapositivo 5

HIV – SIDA

Formas de contágio

- Contactos directos de sangue ou com material com sangue infectado
- Relações sexuais desprotegidas (sem preservativo masculino ou feminino)
- Transmissão vertical de mãe para filho, durante a gravidez, o parto, ou ainda através da amamentação. (probabilidade de transmissão reduzida se a mãe efectuar terapêutica anti-retroviral)

Diapositivo 6

HIV – SIDA

Comportamentos de risco

- Toxicodependentes que se injectam e partilham agulhas, seringas e outro material usado na preparação da droga para injeção.
- Partilha de materiais cortantes (laminas de barbear, escovas de dentes, corta-unhas etc.)
- Pessoas que não praticam sexo seguro, isto é, que não usam preservativos sendo o risco maior quando se têm múltiplos parceiros sexuais.
- Profissionais de saúde – acidentes com contacto com objectos cortantes contaminados (agulhas) ou com sangue, ou outros líquidos orgânicos, contaminados

Diapositivo 7

HIV – SIDA

TRATAMENTO

- Não há tratamento específico eficaz actualmente, mas a utilização combinada de zidovudina (AZT) com outros fármacos antiretrovirais, retarda o aparecimento da doença, prolongando o período em que o indivíduo vive como seropositivo, sem apresentar sintomas de SIDA.

Diapositivo 8

HIV – SIDA

A REALIDADE PORTUGUESA

- O primeiro caso de SIDA em Portugal foi diagnosticado em Outubro de 1983
- Em 2005, a incidência da infecção em Portugal foi de 251,1 casos por 1.000.000, o que corresponde a 2.633 novos casos, ocupando o nosso País o segundo lugar no contexto europeu (53 países)
- Anualmente morrem em Portugal cerca de 1.000 pessoas por SIDA. A mortalidade pela infecção aumentou até 1996, tendo estabilizado a partir daí.
- Segundo estimativas para Portugal (ONUSIDA), existirão no país cerca de 32.000 pessoas infectadas, entre os indivíduos do grupo etário dos 15-49 anos. Assume-se para este cálculo um número de infectados não diagnosticados de 30%, de acordo com a média da União Europeia.

Diapositivo 9

HIV – SIDA

Teste rápido de rastreio de HIV

- Sabe-se que o prognóstico da infecção por VIH pode ser largamente melhorado quando o diagnóstico é precoce e o tratamento é iniciado antes do aparecimento de sintomas ou da doença.
- Actualmente estão disponíveis testes de rastreio fiáveis, económicos e de fácil aceitação.
- O teste é gratuito para toda a população e pode ser realizado no Centro Aconselhamento e Detecção. (CAD) ou nas Equipas de tratamento do IDT.

Diapositivo
10