



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

INTERVIR PARA AJUDAR A CRESCER

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

Por Ana Isabel Carvalho Teixeira

Porto, Março de 2010



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

INTERVIR PARA AJUDAR A CRESCER

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

Por Ana Isabel Carvalho Teixeira

Sob orientação de Prof. Manuela Magalhães

Porto, Março de 2010

Resumo

A prevenção em Saúde Mental engloba três importantes níveis de prevenção: primária, secundária e terciária. Assim, estes caracterizam três níveis de intervenção com características específicas. O estágio no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com especialização em Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria engloba três módulos com diferentes níveis de intervenção: Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico; Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto e um último módulo opcional. Assim, o módulo I foi realizado no Projecto Integrado de Apoio à Comunidade pertencente ao IDT; o módulo II no serviço de Santo Tirso / Trofa do Hospital Magalhães Lemos e, por último, o módulo opcional foi realizado no Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Porto. Em cada módulo foram desenvolvidos objectivos específicos, com actividades e respectivas competências adquiridas.

Sendo a adolescência um período de transição para a vida adulta, é também uma altura de experiências, riscos e vulnerabilidades.

É importante o enfermeiro especialista saber promover estilos de vida saudável, realizar uma intervenção precoce em Saúde Mental, bem como promover a modificação de factores de risco e promoção dos factores protectores, não esquecendo a importância da família com factor protector fulcral.

Numa intervenção ao nível do tratamento de situações agudas é importante o enfermeiro especialista estabelecer uma relação terapêutica e de ajuda com o cliente /família, realizar intervenções psicoterapêuticas em função das necessidades do cliente que podem ocorrer num contexto de grupo ou individualmente bem como intervir na família.

Palavras-Chave: Módulo de estágio, Promoção de estilos de vida saudáveis; Adolescentes; Prevenção; Intervenções psicoterapêuticas; Relação terapêutica; Relação de ajuda; Objectivos; Competências.

Abstract

Prevention, in Mental Health, encloses three important levels: Primary, Secondary and Tertiary. These three levels consubstantiate three interventions, each with specific characteristics. I served as apprentice academic for the Masters Degree in Nursing, with specialization in Mental Health and Psychiatry which presents three modules with different intervention levels: Promotion of healthy life styles, Diagnose; Development of competencies in units of adult's intervention, and one last optional module. Module I, was developed in an Integrated Project of Community Support which belonged to IDT; module II occurred in Santo Tirso/ Trofa, location site for Magalhães Lemos Hospital; the last, and optional module, was performed in the Infancy and Adolescent Psychiatric Department of Centro Hospitalar do Porto. For each module, where developed specific goals, with activities of support, and described which competencies were developed.

Being adolescence a period of transition for adult life, it is also a period for experimenting, taking risks, and also be exposed to vulnerabilities.

It is important for a specialised nurse to know how to promote healthy life styles, be able to intervene early in Mental Health, and also to promote the modification of risk factors and protecting factors, never forgetting family as a major importance factor to protect the patient.

During an intervention for treatment of complex situations, it is important for the nurse to know how to establish a therapeutic relationship and a relationship of aid with the patient and its family and being able to perform Psychotherapeutic Interventions adapted to the patient needs which can occur in a group context, individually, and also in its family.

Key-words: Apprentice academic; Promotion of healthy life styles; Adolescence; Prevention; Psychotherapeutic interventions; Therapeutic relationship; Relationship of aid; Goals; Competencies.

Aos meus pais pelo carinho, suporte e apoio incondicional.

Ao meu marido pela ajuda, compreensão e carinho.

À minha professora orientadora pela inspiração, orientação, motivação e pelos conselhos.

“Nos primeiros doze anos da minha vida, fui continuamente sujeito a quase todo o tipo de torturas físicas e psicológicas que se possam imaginar. Devia ter morrido. Depois de ter sido salvo da minha mãe alcoólica e de ter tido a felicidade de ser entregue aos cuidados de outros, houve quem afirmasse com presunção que, dada a minha situação extrema, acabaria morto ou na prisão – as desvantagens com quem lutava eram inultrapassáveis. Nunca vi as coisas assim. Se alguma coisa aprendi com a minha infância desgraçada, foi que não há nada que possa dominar ou vencer o espírito humano.” Pelzer (2003, pag. 13)

Lista de Abreviaturas

CPCJ- Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco

CPLEE - Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem

CRI - Centro de respostas Integradas

DRN - Direcção Regional do Norte

ECTS - European Credits Transfer Accumulation System

ESMP – Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria

FPCEUP – Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

IDT- Instituto da Droga e da Toxicodependência

OMS – Organização Mundial de Saúde

PIAC – Projecto Integrado de Apoio à Comunidade

POC - Perturbação Obsessivo-Compulsiva

SPA – Substância Psicoactiva

Índice

Introdução.....	9
1. Caracterização do Projecto de Estágio	11
1.1. Enquadramento.....	11
1.2. Fundamentação.....	12
1.3. Contextos/Locais de Estágio	14
1.4. Objectivos Específicos/Competências a Desenvolver	18
2. Da Contextualização à Prática	20
2.1. Módulo Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, Diagnóstico e Prevenção ...	20
2.2. Módulo de desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto.....	36
2.3. Módulo Pedopsiquiatria	42
Conclusão	51
Referências Bibliográficas	53
Anexos.....	57
Anexo I - Cronograma Geral do Curso	
Anexo II - Guia de Estágio da Unidade Curricular	
Anexo III - Cronograma dos Estágios	
Anexo IV - Questionário Inicial	
Anexo V - 1º Sessão do Programa Promoção de Estilos de Vida Saudável	
Anexo VI - Resultados do Questionário de Avaliação Inicial	
Anexo VII - Bullying - Sessão de Formação	
Anexo VIII - Questionário de Nomeação de Pares	
Anexo IX - Dossier de Actividades Terapêuticas	
Anexo X - Certificado de presença na Sessão de Formação realizada pela Associação Portuguesa para a Saúde Mental da Primeira Infância	
Anexo XI - Catálogo de Diagnósticos de Enfermagem em Pedopsiquiatria na classificação CIPE versão 1	
Anexo XII - Estudo de Caso	

Introdução

O conceito de Saúde Mental é vasto e complexo. Segundo a OMS em 2007, a Saúde Mental não é só a ausência de distúrbios mentais mas sim um sentimento de bem-estar, gestão eficaz do stress diário e que o indivíduo seja capaz de dar um contributo para a sua comunidade. É a base de funcionamento do indivíduo e da comunidade. Daí que estas dimensões do conceito de Saúde Mental devam ser tidas em consideração de forma à intervenção dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros especializados nesta área, ser eficaz e adequada às necessidades do indivíduo e da sua comunidade. Tendo ainda em conta o preconizado pela OMS em 2007, para uma promoção de Saúde Mental devem ser trabalhadas estratégias de adopção e manutenção de estilos de vida saudáveis, sabendo que a influência de factores ambientais e socio-económicos podem precipitar o aparecimento de distúrbios mentais.

O presente relatório de estágio foi escrito no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria após a finalização da unidade curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. O estágio dividiu-se em três módulos:

- ✓ Módulo I - Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e Prevenção;
- ✓ Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto;
- ✓ Módulo III – Opcional.

Desta forma, a realização dos três módulos de estágio contempla uma abordagem dos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária). Segundo Stanhope & Lancaster (1999) a prevenção primária inclui intervenções que visem a promoção da saúde e previnem que se desenvolva os processos de doença. A secundária destina-se a detectar a doença nos seus estádios precoces, sendo o objectivo reverter ou reduzir a gravidade da doença, bem como promover a cura. A terciária dirige-se às pessoas com doença clinicamente aparente, sendo que o objectivo é melhorar o curso da doença, reduzir a incapacidade ou reabilitar.

O Conselho Nacional de Saúde Mental em 2002, salienta a importância da promoção da saúde mental em idade precoce, pois esta irá melhorar a qualidade de vida, prevenindo a doença física e mental e inúmeros problemas socio-económicos que daí poderiam advir. Tendo em conta esta perspectiva a escolha dos locais de estágio contextualizou-se numa anterior experiência profissional na área da Pedopsiquiatria e no complementar da

minha aprendizagem com crianças e adolescentes, adquirindo e desenvolvendo competências especializadas.

Para a concretização destes módulos de estágio foram delineados, tendo como base o Guia de Estágio fornecido, objectivos gerais e específicos que se encontram referenciados no respectivo enquadramento.

No âmbito do projecto de estágio realizado para esta unidade curricular foram delineados objectivos específicos a atingir em cada módulo individualmente, bem como as respectivas actividades a realizar para a concretização dos mesmos.

Assim, este relatório pretende de forma descritiva, reflexiva e conclusiva abordar os objectivos concretizados em cada módulo, as actividades realizadas, a respectiva contextualização bibliográfica e as competências/comportamentos atingidos na concretização dos mesmos, tendo por base as competências definidas no Guia de Estágio. Assim o relatório tem os seguintes objectivos:

- ✓ Demonstrar enquanto aluna capacidade de identificar problemas relacionados com a prática profissional na área de especialização e desenvolver soluções;
- ✓ Reflectir sobre as acções realizadas, as suas implicações e comunicar as conclusões.

Em suma, o presente relatório é constituído por esta breve introdução, um primeiro capítulo onde é feita uma caracterização do estágio, dos respectivos módulos e locais onde foram realizados. Num segundo capítulo, com o título da contextualização à prática, são abordados os objectivos específicos de cada módulo, as actividades realizadas na concretização dos mesmos e as competências adquiridas e desenvolvidas, com a devida contextualização bibliográfica. Finaliza com a conclusão efectuada de todo este processo de aprendizagem.

1. Caracterização do Projecto de Estágio

«Um projecto não é mais do que a capacidade de organizar as acções para intervirmos no meio que nos rodeia, com o fim de se atingirem os objectivos propostos, visando assim a orientação bem como o planeamento das actividades durante o seu estágio.»
Carvalho & Diogo (1999).

Assim, este capítulo explicita o projecto de estágio, os objectivos gerais e específicos definidos pelo plano de estudos do curso, a fundamentação da escolha dos locais, sua cronologia e a respectiva contextualização.

1.1. Enquadramento

Na planificação do projecto de estágio pretende-se que este seja o fio condutor ao longo dos vários módulos do estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP). Este serve de guia orientador para as intervenções de enfermagem a desenvolver durante o período de estágio e delineamento dos seus objectivos, permitindo uma previsão e pré-orientação das acções a desenvolver no campo de estágio.

No âmbito do curso e da disciplina estão estipulados determinados objectivos que englobam o estágio de ESMP, de forma que possamos desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados nesta área clínica.

Desta forma existem competências gerais e específicas a serem desenvolvidas pelo aluno. Para tal, existem objectivos gerais definidos para o estágio que devem ser considerados:

- ✓ Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP);
- ✓ Capacidade para integrar conhecimentos, lidar 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 resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- ✓ Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Para além dos objectivos gerais acima mencionados, cada módulo tem objectivos gerais e específicos a atingir e competências a desenvolver que serão descritos de seguida e enquadradas com as respectivas actividades.

De acordo com o plano de estudos do curso, o estágio tem 30 ECTS aos quais correspondem um total de 750h de trabalho, das quais 540h são de contacto, sendo as restantes (210h) para trabalho individual do aluno, e está dividido em três módulos, cada um dos quais com 10 ECTS, ou seja, 180h de contacto (ver anexo I). Os módulos são os seguintes:

- ✓ Módulo I - Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, Diagnóstico e Prevenção
- ✓ Módulo II - Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto
- ✓ Módulo III - Módulo Opcional

Assim, o estágio encontra-se dividido em três períodos que correspondem aos três módulos:

- ✓ 1º Período – 20/04/2009 – 20/06/09;
- ✓ 2º Período – 06/10/2009 – 21/11/2009;
- ✓ 3º Período – 02/12/09 – 30/01/2010.

1.2. Fundamentação

A escolha dos locais de estágio teve em conta a minha anterior experiência profissional no âmbito da Pedopsiquiatria e uma necessidade sentida pela aquisição e desenvolvimento de competências nas modalidades psicoterapêuticas. Como tal, os locais de estágio escolhidos tiveram em conta esta linha orientadora.

Primeiramente, desenvolvi competências no âmbito de unidades de intervenção na crise no adulto. Este estágio realizou-se no primeiro período de forma a aprofundar conhecimentos no âmbito das intervenções psicoterapêuticas, relação de ajuda e dinâmica de grupos. A intervenção no utente agudo é de extrema importância pois uma abordagem integrada e adequada às necessidades de cuidados no contexto de internamento influencia positivamente a sua reabilitação e readaptação no contexto

social em que se insere. Considero que o foco de atenção de enfermagem nesta área de intervenção é a minimização das repercussões da doença mental na sua vivência diária, a promoção do bem-estar, a aceitação do estado de saúde, a promoção de mecanismos de adaptação para a prevenção de recaídas, a adesão e gestão do regime terapêutico e o envolvimento da família neste processo. Esta deve ser realizada em articulação com os recursos da comunidade para promover a readaptação no contexto social.

Para que estes focos de atenção sejam trabalhados e a intervenção eficaz, é fulcral a relação terapêutica com o utente. Assim, a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem, caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida envolvendo as pessoas significativas do cliente individual (família, convivente significativo). (Ordem dos Enfermeiros, Matriz para análise dos Cursos de CPLEE, 2008)

Por outro lado, a intervenção de enfermagem é otimizada se toda a família for tomada como alvo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos tendo em vista a adopção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde.

Num segundo período, realizei o meu estágio opcional na área da Pedopsiquiatria, uma vez que a minha experiência enquanto enfermeira generalista foi nesta área. Assim, permitiu-me adquirir competências especializadas nesta área específica, através de um processo supervisivo, bem como incorporar os conhecimentos adquiridos sobre as modalidades psicoterapêuticas, possibilitando-me a desenvolver uma relação terapêutica mas eficiente e estruturada com os jovens. Neste período realizei ainda um estudo de caso que se encontra em anexo e referido no respectivo objectivo específico.

Por último, realizei o estágio do módulo da comunidade num programa existente no Instituto de Droga e Toxicoddependência (IDT) na Delegação Regional do Norte (DRN) denominado Projecto Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC). Este módulo encontra-se vocacionado para a promoção de estilos de vida saudáveis e da saúde mental, conseqüentemente com o diagnóstico e prevenção.

A promoção da saúde mental encontra-se relacionada com o conceito de saúde mental positiva, considerando-se a saúde mental como um recurso e uma necessidade humana básica fulcral para o desempenho social e económico. Assim, as actividades de

promoção da saúde mental implicam a criação de condições individuais, sociais e económicas. É um processo que se realiza com e para as pessoas. (OMS, Prevenção dos Transtornos Mentais, 2004)

Este projecto do IDT tem como âmbito de acção um programa de prevenção do uso de substâncias. O programa de educação nas escolas tem como objectivo a modificação de, crenças, atitudes e comportamentos do adolescente relativamente ao consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e drogas e modificar os factores promotores do consumo como a interacção social e a auto-estima que estão na base dos comportamentos de consumo de substâncias. Neste módulo aprofundei dois níveis da prevenção primária: a selectiva e a indicada. Uma vez que nos módulos anteriores abordei a prevenção secundária e terciária, neste módulo aprofundei estes dois níveis de prevenção primária mantendo a minha intervenção ao nível da criança, adolescente e família.

Falar em prevenção é falar num processo activo de implementação de iniciativas tendentes a modificar e melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos fomentando competências pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde e bem-estar das populações.

Assim, como referido anteriormente na introdução, os módulos contemplam os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária.

Concluindo e reformulando realizei os três módulos de estágio na seguinte ordenação:

- ✓ 1º Período- Módulo II;
- ✓ 2º Período- Módulo III;
- ✓ 3º Período- Módulo I.

1.3. Contextos/Locais de Estágio

O módulo I como o nome indica, encontra-se vocacionado para a promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção. Como tal, foi realizado no PIAC pertencente pela Delegação Regional do Norte (DRN) do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT).

O IDT é um Instituto Público integrado na Administração Indirecta do Estado, dotado de autonomia administrativa e património próprio, sob tutela do Ministério da Saúde. Tem como **Missão**, promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas bem com a diminuição das toxicodependências. Como **Visão**, pretende ser a entidade

nacional de referência, com reconhecimento internacional, para a intervenção nas condutas aditivas. Em termos de **Valores**, as competências e objectivos definidos são traçados pela Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (1999 a 2004) e pelo Plano Nacional Contra a Droga e Toxicodependência (2005 a 2012). Tem em conta os seguintes princípios orientadores: humanismo, pragmatismo, territorialidade, centralidade no cidadão, integração de respostas, a qualidade das intervenções e a qualificação dos profissionais. Desta forma, tem com Áreas de Missão: a Prevenção, a Dissuasão, Tratamento, Redução de Danos e Reinserção.

O programa PIAC tem como lema “intervir para mudar” e está direccionado para crianças em idade escolar, jovens e adultos em dificuldade e que necessitem de apoio (personalizado e especializado). Segundo Patrício (2002) um projecto integrado refere-se a um tratamento personalizado que, tem por base a relação de confiança médico/doente ou psicoterapeuta/doente, permitindo a utilização de vários recursos terapêuticos e uma relação preferencial com um terapeuta de referência. O projecto é definido e articulado a partir das consultas.

A prevenção do abuso de substâncias reconhece a interdependência dos vários factores de risco e protecção e dos vários contextos e intervenientes. Este programa foi criado no sentido de ser uma mais-valia para os Centros de Resposta Integrada (CRI) no âmbito da Prevenção, Reinserção, Redução de Riscos e Tratamento.

O programa de intervenção tem um enquadramento teórico que entende o uso de substâncias como o resultado de um campo de forças bio-psico-sócio-culturais e que define uma acção preventiva integrada num contexto ecológico. O trabalho preventivo obedece a uma lógica sincrónica e diacrónica. Deve iniciar-se no micro sistema familiar e estender-se ao mesosistemas envolventes. A actuação em prevenção compreende desde a informação e sensibilização a jovens e adultos, a espaços especializados de atendimento individual e familiar, à articulação com outras estruturas e serviços na análise e encaminhamento de situações de risco. Tendo como suporte a consulta efectuada, o PIAC tem os seguintes objectivos:

- ✓ Promover um espaço de consulta para jovens e adultos no âmbito dos objectivos gerais de educação para a saúde, do diagnóstico precoce, tratamento e encaminhamento;
- ✓ Promover informação, sensibilização de agentes e técnicos que lidam directa ou indirectamente com crianças e jovens em risco;

- ✓ Promover e cooperar em projectos de investigação no domínio da prevenção indicada das toxicodependências, e colaboração com a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP);
- ✓ Consultadoria e apoio técnico a instituições que lidam com jovens em risco.

As intervenções contempladas são as seguintes:

- ✓ Entrevista individual e familiar;
- ✓ Avaliação psicológica, psiquiátrica e/ou pedopsiquiátrica;
- ✓ Intervenção psicopedagógica;
- ✓ Intervenção psicoterapêutica individual e em grupo;
- ✓ Treino de competências parentais;
- ✓ Intervenção e mediação familiar;
- ✓ Intervenção em rede;
- ✓ Educação para a Saúde;
- ✓ Consultadoria a outras instituições;
- ✓ Avaliação e peritagem forense, em colaboração com a Universidade do Minho.

Desta forma, existe uma equipa multidisciplinar com formação em várias especialidades (Psicólogos, Enfermeiros, Técnicas Psicossociais, Assistente Social, Pedopsiquiatra e Psiquiatra). Existe uma articulação em rede com as várias instituições, nomeadamente, o Tribunal de Família e Menores, Instituições de Acolhimento de Menores, Escolas e Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ).

O módulo II de estágio foi realizado no Hospital Magalhães Lemos, nomeadamente, no serviço de internamento Santo Tirso / Trofa.

O Hospital foi oficialmente inaugurado em Outubro de 1962, mas só em Janeiro de 1970 foram internados os primeiros doentes, na sequência de um incêndio verificado numa das enfermarias da "Secção clínica do Centro de Assistência Psiquiátrica da Zona Norte" que funcionava no Hospital do Conde de Ferreira.

Este aposta na plena integração social dos indivíduos com problemas mentais, desenvolvendo actividades de ligação com os Centros de Saúde e Hospitais Gerais, bem como de articulação com as estruturas de segurança social, públicas e privadas, e com as autarquias da área assistencial, promovendo actualmente várias iniciativas de dinamização de Unidades Residenciais e de Emprego Social para doentes com deficiente retaguarda socio-familiar e profissional.

Têm como área de influência toda a região Norte de Portugal. Não possuindo urgência, a sua especialidade é o Internamento em Psiquiatria, bem como as consultas externas na mesma especialidade.

O serviço onde realizei estágio foi o de Santo Tirso/Trofa. Para além de receber utentes desta área de residência é também o serviço de referência para internamento de utentes fora da área (por exemplo, Amarante, Vale do Sousa, Gaia) encaminhados a partir da Urgência Psiquiátrica localizada no Hospital de S. João.

O serviço apresentava-se com 22 camas divididos em quartos e enfermarias de homens e mulheres. Na dinâmica de trabalho existe um enfermeiro responsável pela realização de terapias de grupo e transferências de utentes, uma vez que a maioria destes possuem residência fora da área de Santo Tirso/Trofa, permanecendo relativamente poucos dias internados. Em Santo Tirso encontra-se o serviço de Consulta Externa de Enfermagem.

O Módulo III foi realizado no Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar do Porto.

A psiquiatria da Infância e da Adolescência é uma especialidade médica e com carreira autónoma em Portugal desde meados dos anos 80. É uma área onde para além da problemática individual do jovem ou família existem factores de risco familiares que não podem ser postos de parte, tais como: conflitos parentais abertos, rotura familiar, a inconsciência ou a inexistência de uma disciplina com regras e limites, a presença de relações afectivas hostis, rejeitantes ou ausentes, o abuso, a doença mental de pais, a perda ou a morte. Tanto na criança como no jovem, a família é a base de suporte individual e como tal todas as disfuncionalidades têm repercussões graves no seu funcionamento mental. (Strecht, 2005, pag.30).

O Departamento de Psiquiatria da Infância e da Adolescência pertencia ao Hospital Maria Pia e mais recentemente ao Centro Hospitalar do Porto. O Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia foi fundado em 1982 com o lema "Em defesa das crianças, de portas abertas à cidade e na senda da modernidade e do humanismo" e desde 19 de Julho de 2007 pertence ao Centro Hospitalar do Porto, juntamente com o Hospital de Santo António e Maternidade Júlio Dinis.

Encontra-se vocacionado para o atendimento de crianças e jovens da região Norte em regime de internamento, ambulatório com Hospital de dia e ainda uma Unidade da Primeira Infância.

Em ambulatório são atendidos crianças e jovens da região do Porto, Maia e Matosinhos.

O internamento possui 10 vagas com uma taxa de ocupação de 100%. O nº médio de dias de internamento é de 20 dias. A faixa etária dos jovens internados é dos 12-17anos. No internamento o atendimento contempla não só jovens da zona Norte bem como do Centro e Ilhas.

1.4. Objectivos Específicos/Competências a Desenvolver

Segundo Silva (2008), as competências profissionais reflectem um saber abrangente e requerem noções de qualificação que são inerentes ao estatuto social em que se insere. O conceito de competência abrange diversas dimensões: a técnica, a científica, a social, a humana, a política e a pessoal. Reflectem um saber, o saber-ser, saber-estar e o saber-fazer. Para Le Boterf (1998, cit. por Fernandes, 2007), a competência é resultante da combinação entre diversos recursos e a capacidade para gerir uma situação profissional complexa. Assim, este mesmo autor citado por Perrenoud [et al] (2002) analisa o conceito de competência como a mobilização de recursos internos que permitem gerir eficazmente situações problema Para tal, é necessário saber mobilizar em tempo oportuno, saber integrar um conjunto de conhecimentos múltiplos e saber transferir e adaptar a situações novas. Assim, é necessário desenvolver objectivos de estágio que promovam a aquisição de competências específicas da área de especialização.

De acordo com o plano de estudos do curso e respectivo guia de estágio (ver anexo II) existem **objectivos gerais** comuns aos três módulos:

- ✓ Saber aplicar os seus conhecimentos a sua capacidade de compreensão na resolução de problemas em situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com esta área de especialização;
- ✓ Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitindo juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- ✓ Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Os **objectivos específicos** encontram-se remetidos em anexo no respectivo guia.

Silva (2008) no seu livro caracteriza as funções e competências do enfermeiro de Saúde Mental de Psiquiatria em funções dos níveis de prevenção em que actua. Sendo assim, na **prevenção primária** o enfermeiro deve:

- ✓ Planear e executar acções técnicas de forma a reduzir a incidência dos distúrbios mentais;
- ✓ Realizar a colheita de dados, identificar necessidades assistenciais e elaborar um plano de intervenção;
- ✓ Promover a educação e informação, bem como promover a saúde.

Ao nível da **prevenção secundária** o enfermeiro deve:

- ✓ Desenvolver acções técnicas com o objectivo de reduzir a taxa de prevalência da doença mental e psiquiátrica;
- ✓ Determinar um diagnóstico precoce;
- ✓ Realizar um tratamento intensivo especializado;
- ✓ Programar actividades face aos diagnósticos de enfermagem identificados;
- ✓ Aplicar terapêuticas adicionais;
- ✓ Executar uma vigilância e registos adequados.

Por fim, ao nível da **prevenção terciária** o enfermeiro deve ser capaz de:

- ✓ Reduzir as taxas de efeito residual;
- ✓ Fomentar e realizar programas de reabilitação;
- ✓ Proporcionar graus de autonomia e independência;
- ✓ Promover o desenvolvimento da personalidade;
- ✓ Perspectivar uma vida criativa e saudável.

Para concluir, o planeamento e execução dos objectivos específicos em cada módulo teve em conta as competências e comportamentos a desenvolver preconizados no plano de estudos do curso para a especialização na área de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria.

2. Da Contextualização à Prática

Neste capítulo são abordados de forma detalhada, reflexiva e conclusiva os objectivos específicos delineados e realizados em cada módulo, bem como as respectivas actividades /intervenções desenvolvidas. São ainda explicitadas as actividades realizadas com contextualização bibliográfica, as conclusões retiradas e ainda as competências/comportamentos desenvolvidos com cada objectivo específico.

2.1. Módulo Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, Diagnóstico e Prevenção

Este módulo foi realizado em 180h divididos em turnos semanais de 7h encontrando-se o respectivo cronograma em anexo (ver anexo III).

OBJECTIVO 1

PROMOVER ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NUM GRUPO DE JOVENS ENTRE OS 15-16 ANOS

Para a concretização deste objectivo específico foram delineadas e realizadas as seguintes actividades/ intervenções:

- ✓ Assistir, planear e executar sessões de educação para a saúde junto do grupo alvo;
- ✓ Sensibilizar o grupo alvo para a modificação de comportamentos promotores do consumo e dependência de substâncias;
- ✓ Reforçar no grupo os factores protectores do consumo e dependência de álcool e drogas;
- ✓ Promover o envolvimento da família como encarregados de educação, tomando conhecimento dos temas abordados e do desenvolvimento das sessões.

O nível de prevenção primária realizado neste objectivo foi a prevenção selectiva. Da pesquisa efectuada entende-se por prevenção selectiva, a prevenção realizada em subgrupos específicos da população geral. Para tal, pressupõe-se que todos os elementos do subgrupo estão em risco, por pertencerem a um segmento com características específicas identificadas como de risco. O objectivo do programa de prevenção selectiva é deter ou retardar o uso e o abuso de substâncias licitas e ilícitas.

Neste caso, foi previamente definido como população de risco os jovens que integravam uma turma de 10º ano com idades compreendidas entre os 15-16 anos de idade. O programa foi pré-definido pelo grupo de Educação para a Saúde existente no PIAC com o lema “prevenir o consumo de substâncias psicoactivas nos jovens em meio escolar”.

Este grupo é constituído por uma equipa multidisciplinar com enfermeiros e psicólogos. A elaboração do programa foi realizada em colaboração e supervisão com a FPCEUP. Para a avaliação diagnóstica da situação foram definidos instrumentos, nomeadamente, um questionário de avaliação e padronização de gráficos com os resultados desse questionário numa base de dados. Para a avaliação da sessão, foi criado um questionário de avaliação da sessão a preencher pelos alunos. Os conteúdos programados bem como os vídeos apresentados encontram-se adoptados pelo IDT sendo o seu conteúdo de valor pedagógico cientificamente comprovado. Assim, colaborei com esta equipa como observadora participante, integrando-me na dinâmica e metodologia de trabalho definida. Os conteúdos programados e planificação das sessões encontravam-se já definidos pela equipa.

Tendo em conta que a adolescência é um período de procura de identidade e de novas experiências, dando progressiva relevância à socialização no grupo de pares, esta é sem dúvida uma faixa etária de risco. Para Morel (1998), a adolescência é definida como um período de transição do desenvolvimento humano entre a infância e a maturidade física, psíquica e social que caracteriza a idade adulta.

Segundo Patrício (2002), no âmbito da prevenção é importante promover atitudes, individuais e sociais, que eduquem a capacidade de realizar escolhas e tomar opções, que contrariem o consumo de substâncias psicoactivas (SPA). Esta deverá ser uma escolha informada e consciente. Para Negreiros (1998), o primeiro contacto com certas SPA resulta de um processo de influência social através do qual os indivíduos sofrem influências para usar drogas, mediante apelos ou pressões sociais específicas nomeadamente do seu grupo de pares. Assim, é importante promover e facilitar a aquisição de competências sociais de forma a resistir às pressões sociais, ou seja, saber dizer “não” de forma consciente e informada. Para este mesmo autor a maior vulnerabilidade em relação à influência do grupo de pares decorre de uma ausência de competências sociais. O programa de educação para a saúde tem enfoque neste aspecto. Para a concretização deste objectivo foi realizada uma intervenção programada no âmbito da prevenção selectiva no Oporto British School tendo como população alvo 27 alunos do 10º ano. Na primeira fase efectuou-se uma reunião na escola entre

professores, pais e equipa técnica do PIAC. Nesta reunião, foi explicado aos encarregados de educação o programa a ser realizado na sessão, foram sensibilizados para a importância da abordagem desta temática e assinaram o consentimento informado. De seguida foi distribuído um questionário aos jovens, preenchido anonimamente, com o objectivo de validar os seus conhecimentos acerca de álcool, tabaco, cannabis e outras drogas; a acessibilidade que têm a esses mesmos produtos e qual o nível de consumo (ver anexo IV). Posteriormente estes dados foram tratados e revelados aos jovens no segundo módulo da sessão, de forma a serem discutidos e reflectidos. A sessão foi constituída por dois módulos de 90 minutos cada. O primeiro módulo da sessão decorreu no dia 16 de Dezembro de 2009 com o objectivo geral de prevenir o consumo de SPA, em particular, tabaco, bebidas alcoólicas e cannabis, como forma de promover e reforçar estilos de vida saudável no jovem. Foram também delineados os seguintes objectivos específicos:

- ✓ Transmitir conhecimentos conceptuais sobre substâncias psicoactivas;
- ✓ Realçar estilos de vida saudável e os factores protectores em detrimento de comportamentos de risco no consumo dessas substâncias;
- ✓ Alertar para as falsas percepções sobre o efeito dessas substâncias no organismo humano;
- ✓ Capacitar o jovem de saberes preventivos de forma a resistir à curiosidade de experimentar o efeito dessas substâncias;
- ✓ Munir o jovem de auto-defesas em relação à pressão dos pares, à oferta de rua, aos desejos de afirmação, de testar limites e transgredir regras.

Assim, no primeiro módulo os jovens são sensibilizados e incentivados a reflectir sobre o significado das palavras promoção e estilos de vida saudável. De seguida visionam três conjuntos de imagens sugestivas de estilos de vida saudável, consumo e influência dos media e um último conjunto de imagens sugestivas de dependência (ver anexo V). Foi crucial os jovens analisarem estes três grupos de imagens, principalmente aquelas que transmitiam estilos de vida saudável, onde foi reforçada a sua importância como factor protector do consumo e abuso de substâncias. Nas imagens sugestivas da influência que a comunicação social apresenta no incentivar do consumo de substâncias, nomeadamente, álcool, foi reforçado e trabalhado junto dos jovens mecanismos de defesa para a não adesão deste consumo e desmistificado o papel da comunicação social como meio facilitador do consumo. Foi ainda reforçado a importância do papel da família como microsistema protector na sociedade. Segundo Patrício (2006) a família é

a principal fonte de educação e do crescimento, e a escola uma das principais fontes de educação. A dinâmica utilizada na sessão permitiu uma participação activa por parte dos jovens, pois foram divididos em grupos com um representante o que permitiu uma discussão e reflexão em grupo. Por fim, foram reveladas algumas frases que constituem mitos e realidades o que levou os jovens a reflectirem e clarificarem alguns mitos.

O segundo módulo da sessão decorreu no dia 13 de Janeiro de 2010. Nesta sessão estiveram presentes apenas 8 dos 27 alunos. Os jovens viram e analisaram com os técnicos os gráficos com os resultados do seu questionário. Pode-se concluir que em 27 alunos pelo menos 1 apresenta já um consumo regular de tabaco, álcool e cannabis. Existe ainda um elevado número de jovens que consomem com regularidade álcool (cerveja e bebidas destiladas) ao fim-de-semana. Cerca de metade já experimentou tabaco ao longo da vida (ver anexo VI). Estes dados foram discutidos e analisados com os jovens. O questionário apresentava uma questão que avaliava a fidelidade do mesmo e concluiu-se que o seu nível era bom. O tempo disponibilizado para tal acabou por se revelar escasso para trabalhar com os jovens tanta informação. Por fim, os jovens visualizaram um filme onde um grupo era confrontado com o facto de serem aliciados para fumarem cannabis. Assim era narrada, entre amigos, uma história de consumo de cannabis, por parte de alguns elementos em detrimento, do não consumo, de outros. A história acabou transmitindo uma mensagem do “saber recusar” por parte dos não consumidores. Assim, os jovens foram sensibilizados e foi trabalhado com eles competências para saber renunciar numa situação em que sejam aliciados a consumir sem entrar em confronto com o seu grupo de pares. Após a sessão os jovens responderam a um questionário de avaliação da sessão. Para Patrício (2006), saber escolher e escolher bem, é uma atitude de prevenção do mal-estar e do sofrimento. Por outro lado, ao saber escolher estamos mais preparados para crescer de forma harmoniosa, sabendo gerir e saborear a vida.

O questionário de avaliação da sessão constitui um indicador de satisfação dos alunos para com a temática, a forma de exposição e a equipa, bem como, contempla qualitativamente aquilo que consideraram mais positivo durante a sessão. Contudo é difícil visualizar resultados na modificação comportamental pois esta só é visível a médio/longo prazo. Daí a importância destes alunos serem acompanhados de forma sistemática num estudo longitudinal, promovendo a formação de futuros mediadores. Nesta faixa etária e após a primeira abordagem os jovens ficaram sensibilizados e informados para a temática e para as estratégias de recusa e dos factores protectores.

Concluindo, para Patrício (2002) a adolescência é um período importante de análise crítica do bom e do menos bom sendo fundamental para as futuras decisões enquanto adulto, o que justifica a pertinência da prevenção selectiva nesta faixa etária.

«(...) Um efeito preventivo poderá manifestar-se ao proporcionar aos indivíduos oportunidades de intensificar (em termos qualitativos e quantitativos) o seu funcionamento interpessoal.» Negreiros (1998, pag. 183).

Sendo assim, com este objectivo desenvolvi as seguintes competências/comportamentos:

- ✓ Realizar prevenção selectiva através do planeamento e execução de sessões de educação para a saúde junto de um grupo alvo mediante um levantamento diagnóstico das necessidades;
- ✓ Integrar na prática clínica a investigação e os seus resultados, bem como compreender as suas implicações numa prática baseada na evidência;
- ✓ Capacidade de trabalhar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais e novos, relacionados com o cliente e família;
- ✓ Fazer a avaliação crítica/reflexão dos resultados obtidos.

Para Moreira (2004) a função da escola é dar competências aos indivíduos para que se integrem mais facilmente na sociedade e respondam adaptativamente aos desafios. Contudo este autor considera que existe uma lacuna na escola que é a gestão do seu mundo interno (emoções, valores, cognições e comportamentos) e a forma como os indivíduos se organizam face à realidade exterior, na procura do equilíbrio. Para tal, é importante os jovens terem controlo sobre as várias variáveis do ser pessoa, em que a componente afectiva, emocional e regulação comportamental é central.

OBJECTIVO 2

PROMOVER A MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTOS PROMOTORES DO CONSUMO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

Para a concretização deste objectivo foram realizadas as seguintes actividades/intervenções:

- ✓ Realizar consultas de triagem/avaliação inicial;
- ✓ Assistir e intervir como observadora participante em consultas de psicoterapia individual em jovens em situação de risco de consumo;

- ✓ Promover o envolvimento da família.

As consultas de psicoterapia individual realizaram-se no PIAC. Primariamente ao início da psicoterapia individual é importante existir uma consulta de avaliação/triagem completa acerca da situação vivencial do jovem, contexto familiar, sócio-cultural e escolar em que se insere bem como das suas características psicológicas. Para Patrício (2002), a consulta de triagem é uma avaliação da situação individual e conjuntural da pessoa. Sendo assim, cada consulta de Psicoterapia é precedida desta avaliação. No caso de suspeita de consumos de haxixe, o jovem realiza na consulta de avaliação inicial o teste rápido de detecção da substância na urina.

Os jovens que frequentaram esta consulta apresentavam risco de consumir substâncias devido ao contexto social, económico e familiar em que se inseriam. A maioria apresentava mau rendimento escolar e, alguns, absentismo. Para Patrício (2002), os jovens necessitam não só de recursos materiais mas também bem-estar psicológico e a estruturação familiar para ocorrer a diminuição do risco de virem a ser futuros consumidores de drogas. Falar em prevenção é falar em actividades que dificultem ou impeçam o aparecimento de determinada condição. Mas para tal, é necessário conhecer os factores precursores da mesma condição. Segundo Moreira (2004), entende-se por factor de risco um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que aumenta a probabilidade de uso/abuso de drogas. Na opinião deste autor existe um consenso na identificação dos factores de risco. Como tal, conclui a existência de grupos com maior risco do que outros, nomeadamente, crianças com problemas de comportamento e insucesso escolar. Contudo existem princípios a ter em conta nos factores de risco:

- ✓ A existência do factor de risco aumenta a probabilidade do indivíduo consumir drogas. Contudo, também podem existir situações de consumo em que o factor de risco não está presente;
- ✓ A probabilidade do indivíduo consumir drogas é proporcional ao número de factores de risco presentes;
- ✓ Alguns factores de risco são susceptíveis de serem reduzidos ou eliminados com intervenções, enquanto que outros apenas conseguem ser atenuados com as intervenções.

Assim, é importante termos em conta estes aspectos quando falamos e definimos um projecto terapêutico.

Numa situação de risco de consumo, a situação vivencial em que o jovem se encontra é idêntica aos contextos anteriormente referidos como factores de risco nomeadamente, fraco suporte familiar, existência de consumos no grupo de pares, contexto social onde habitam e factores individuais inerentes ao adolescente (intolerância à frustração, dificuldade em aceitar limites e regras, auto-controlo de impulsos ineficaz, baixo rendimento escolar). É frequente no grupo de pares a existência de comportamentos delinquentes (como por exemplo furtos). É importante reforçar nestes jovens os estilos de vida saudável, uma atitude crítica e auto-defensiva no grupo de pares e perante situações de risco. Ou seja, trabalhar com estes jovens os factores individuais protectores e a modificação de alguns comportamentos considerados de risco. Para Domingues, fr. Bernardo (2006), o desenvolvimento da auto-estima, a actualização das capacidades e a capacidade de decisão são importantes para superar a vulnerabilidade das pré-disposições. Para que tal ocorra com sucesso é necessário desenvolver os processos de motivação. «Os factores protectores parecem ultrapassar barreiras étnicas, sociais e geográficas, considerando-se que a resiliência é o resultado de um equilíbrio evolutivo entre o confronto com factores de risco, vulnerabilidades e factores de protecção da criança, relativos à própria (recursos internos) e relativos à família e à comunidade onde se insere (recursos externos).» Werner (2000, pag.40)

Assim, a abordagem terapêutica é cognitivo-comportamental de forma a motivar e capacitar os jovens a não aderirem a situações de consumo e dependência de substâncias. Para Gonçalves (2006), o comportamento, as cognições e as emoções são interpretadas como uma amostra do reportório comportamental e cognitivo do indivíduo. Estes três conceitos não são características estáveis do indivíduo e variam em função das características das situações ou contextos que interagem entre si. Segundo o autor citado anteriormente, a estratégia terapêutica definida deverá ter em conta as seguintes variáveis: variáveis do cliente (motivação, resistência, capacidade de adaptação, recursos); variáveis do meio (mediadores sociais, recursos organizacionais, apoio social, limitações ambientais) e variáveis do terapeuta (experiência, competência e valores). Sendo assim, a abordagem terapêutica tem como objectivo a promoção do auto-controlo, a diminuição de comportamentos controlados negativos e reforço dos comportamentos controlados positivos, ou seja, aquisição de competências sociais consideradas como lacunas para a adopção de estilos de vida saudável e prevenção da delinquência. Para Gonçalves (2006), se o nosso comportamento é em grande parte função dos estímulos discriminativos do meio, então, através do controlo pelo próprio

destes estímulos discriminativos, é possível conseguir activar o processo de auto-regulação do comportamento. O jovem é incentivado a reflectir sobre o seu grupo de pares, as suas actividades extra curriculares, o seu projecto futuro e a reformular e reforçar as suas estratégias de auto-controlo perante situações em que são aliciados a consumir. A modificação destes factores promotores do consumo e dependência de substâncias é algo complexo e cujos resultados não são visíveis a curto prazo. Como tal, considero importante o terapeuta reforçar no jovem os seus factores individuais protectores como a sua resiliência e motivação para além das actividades extra curriculares e projectos futuros. É ainda reforçado a importância da escola como um factor protector para estes jovens, pois muitos deles, apresentam baixo rendimento escolar e até absentismo. Assim, é importante conhecer os factores de protecção, ou seja, aqueles factores que protegem o indivíduo relativamente ao risco. Para Moreira (2004), entende-se por factor protector um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que inibe, reduz ou atenua a probabilidade de uso/abuso de drogas. São considerados factores protectores:

- ✓ Relação positiva entre os membros da família;
- ✓ Suporte da comunidade;
- ✓ Suporte escolar;
- ✓ Competências individuais e sociais.

Segundo Moreira (2004) da relação entre factores de risco e factores de protecção resulta uma maior ou menor capacidade do indivíduo para uma adaptação bem sucedida, funcionamento positivo ou competências na presença de uma adversidade ou na capacidade de recuperação de uma experiência traumática. «A mutação de uma abordagem essencialmente centrada nas insuficiências, na vulnerabilidade e nos factores de risco, para a tomada em consideração dos recursos e dos factores de protecção individuais (ou familiares) surgiu, há alguns anos, nos estudos e práticas clínicas e educativas que se desenvolvem em torno do conceito de resiliência.» Anaut (2005, p.15) Segundo Negreiros (2008), uma abordagem centrada na aquisição de competências preventivas da delinquência juvenil transmite e trabalha com o adolescente competências de empatia, auto-controlo, regulação emocional e diversas competências sociais.

«É mais eficaz prevenir do que remediar os comportamentos que traduzem excessos em todas as formas de experiências prematuras que envolvam risco de drogas, violência e marginalidade. Desde a estabilidade afectiva e efectiva do lar, passando pela

componente do relacionamento social da vizinhança e escola, há que positivamente desenvolver uma “cultura do suficiente”, que envolve a apurada consciência de que o “supérfluo é injusto” e perigoso para o auto-controlo razoável dos desejos.» Domingues, fr. Bernardo (2006, pag.216)

Uma outra componente fundamental do processo terapêutico é a família. Para Moreira (2004) os modelos sistémicos concebem a família como um sistema em que o que se passa com um membro afecta todos os outros, da mesma forma que um indivíduo é afectado com o que se passa com os outros membros do sistema. Para que o sistema funcione é necessário equilíbrio, onde se desenvolvem regras e padrões de comunicação, qualidade de interacções e capacidade de adaptação face a novos desafios à manutenção do equilíbrio. Refere ainda que a maioria dos estudos realizados acerca da qualidade das interacções das famílias de indivíduos com comportamentos aditivos, identificam uma figura maternal dominante e uma figura paternal distante e virtual e, muitas vezes, autoritária. Este autor coloca ainda a hipótese que este disfuncionamento familiar dificulta a autonomização e diferenciação do filho e que, muitas vezes, a droga surge como forma de procurar essa diferenciação. Existem dois conceitos na família que são considerados como factores de risco: proximidade afectiva e os estilos parentais. Assim, a nível da qualidade afectiva o factor de risco para o envolvimento dos adolescentes em comportamentos aditivos é a associação entre a percepção de baixos níveis de afecto por parte dos pais e humor depressivo dos adolescentes. Quanto ao estilo parental Moreira (2004) define três estilos parentais: autoritário, autocrático e permissivo. Sugere ainda, que o estilo permissivo dos pais em relação a comportamentos aditivos está relacionado com o envolvimento dos jovens nestes comportamentos.

Assim, a intervenção na família é crucial, complexa e com resultados a médio/longo prazo. É uma intervenção complexa, pois ajudar a família a encontrar padrões de relacionamento e de interacção positivos e de suporte, bem como modificar os contextos ambientais e sócio-económicos em que se inserem e que influenciam a cultura familiar é complexo. Desta forma, primariamente foram trabalhados os factores protectores individuais no jovem uma vez que a média de idades observadas foi entre os 15-17 anos, ou seja, jovens próximos de serem independentes e autónomos em termos legais.

Na intervenção na comunidade é fulcral o intercâmbio com instituições como o Tribunal de Família e Menores e a CPCJ, uma vez que é através desta última, que é feita uma detecção no “campo” de jovens que apresentam comportamentos de risco de consumo.

Posteriormente, a CPCJ pede a colaboração do PIAC para validação da existência de consumo ou risco eminente. Assim, é importante uma intervenção e articulação em rede pois garante uma maior eficácia da intervenção na comunidade.

Para concluir, «investir na prevenção de correr riscos ou os denominados comportamentos de risco, exige inteligência e diligência paciente para executar e ensinar os outros a caminharem por si, aprendendo a medir os riscos e a saborear os sucessos de auto-controlo face à utopia de se tornar adulto, consciente e responsável, em progressiva e segura caminhada para a maturidade intelectual de aprender a pensar logicamente e a ponderar por si, e afectiva para partilhar a amizade, tendo em conta as circunstâncias da idade, estatuto e função social actual.» Domingues, fr. Bernado (2006, pag. 217)

Na concretização deste objectivo desenvolvi as seguintes competências/comportamentos:

- ✓ Aprofundamento de conhecimentos ao nível da intervenção psicoterapêutica individual tendo em conta o cliente e a família;
- ✓ Melhoria de técnicas de comunicação e relação terapêutica com o cliente e família;
- ✓ Abordagem de situações complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família;
- ✓ Consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais e novos, relacionados com o cliente e família;
- ✓ Competências ao nível da entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área da Saúde Mental;
- ✓ Desenvolvimento de competências ao nível de intervenções psicoterapêuticas no adolescente.

OBJECTIVO 3

PROMOVER A MODIFICAÇÃO DE COMPORTAMENTOS EM JOVENS QUE CONSOMEM SUBSTÂNCIAS

Para a concretização destes objectivos foram realizadas as seguintes actividades:

- ✓ Realizar consultas de triagem/avaliação inicial;
- ✓ Assistir e intervir como observadora participante em consultas de psicoterapia individual a jovens que consomem substâncias;

- ✓ Promover o envolvimento da família.

Estas consultas são idênticas às dos jovens que apresentam risco de consumo, uma vez que a fronteira que separa o risco e o acto de consumir é uma linha ténue, em que os contextos familiares, sociais e pessoais são frequentemente idênticos. «O insucesso escolar pode igualmente concorrer para a marginalidade, procurando refúgio nos rituais dos próprios grupos». Domingues fr. Bernardo (2006, pag.216)

Primariamente é então realizado a avaliação inicial/triagem do jovem. Na consulta inicial é feito um contrato terapêutico com o jovem acerca dos testes realizados. Caso o jovem tenha fumado cannabis dirá ao terapeuta e só realizará o teste de controlo se não tiver consumido, de forma a obter um resultado negativo no teste. Assim, esta é uma estratégia comportamental para os jovens aderirem ao regime terapêutico e promover uma relação baseada na confiança mútua.

O contexto em que se inserem é semelhante aos que se encontram em risco. A caminhada para as formas de dependência não é homogénea. Segundo Domingues fr. Bernardo (2006), há sinais e factores indicativos, desde a falta de controlo sobre os impulsos pessoais, a superprotecção, o facilitismo e o egocentrismo são predisponentes para a experimentação e viver do desejar e não do dever. Existem ainda condições e contextos sociais estimulantes do risco tais como o “ambiente cultural negligente”. Têm-se multiplicado os factores de risco do tipo social, ou seja, existe instabilidade afectiva da família devido à alteração do tipo de família para alargadas e compostas. As mono-pluriparental são fontes de desestabilização afectiva. Desta forma, são frequentes situações de experimentar como compensação para as carências afectivas.

Para Patrício (2002), a experimentação de SPA ilegais com frequência ocorre num contexto social. O ambiente é de convívio e o estado emocional de uma certa cumplicidade de descoberta e de aventura. Pode ocorrer de forma inesperada ou programada. Após a primeira experiência, que pode ou não ter sido agradável, podem ou não ocorrer mais consumos. Quando e com que frequência depende de factores psicológicos tais como: o estado de ânimo, os desejos, a procura de prazer e a culpabilidade. Por outro lado, existem condições que rodeiam a pessoa como o grupo de pares e a integração social.

Habitualmente, são jovens com pouca crítica em relação à situação. Daí que a intervenção seja complexa, sendo crucial trabalhar a motivação do jovem. São incentivados os factores individuais protectores idênticos numa situação de risco e trabalhada a questão do grupo de pares e do “saber recusar”. Para Morel (1998), o uso

de drogas nos adolescentes pode ter significações diversas, que têm a ver não só com a natureza do produto mas também com a história do adolescente, com aquilo que ele espera e investe nesta experiência e na capacidade de resposta do seu meio. Na base da intervenção terapêutica encontra-se a relação de ajuda tendo como princípios a empatia, o controlo, a escuta e a confiança. Para Morel (1998) entende-se por psicoterapia um método que visa a modificação de processos psíquicos que têm por suporte a relação estabelecida entre o profissional de saúde e o utente. O objectivo é permitir inserir-se e evoluir em sociedade, capacitando o jovem de competências sociais e de assertividade para recusar situações em que é aliciado, bem como a importância e influência do grupo de pares. Por outro lado é importante investir nos projectos futuros do jovem, como por exemplo, inserir o jovem em cursos profissionais do seu interesse bem como a participação em actividades extra-curriculares.

O acompanhamento processa-se a médio prazo e o espaçamento de tempo entre as consultas vai aumentando consoante a evolução do jovem. O teste de controlo na urina realiza-se a cada consulta e são reforçados positivamente pelo resultado negativo. São monitorizados sinais e sintomas de privação. Dos jovens acompanhados nenhum apresentou no momento sinais de privação nem era administrada nenhuma terapêutica de substituição, uma vez que os seus consumos eram até ao momento esporádicos e frequentes.

Os pais acompanham os jovens às consultas e conhecem os consumos dos filhos. Por isso é também reforçada a sua importância como elemento protector para o jovem. Contudo muitas destas famílias são disfuncionais e apresentam situações conflituais complexas, daí que a abordagem se centre a nível individual primariamente (resiliência, motivação e projectos individuais). Para Moreira (2004) as famílias dos jovens com problemas aditivos são desorganizadas, tentam lutar contra a mudança e os desequilíbrios que a emancipação dos filhos causará no seio familiar. Numa revisão de literatura este autor chegou à seguinte conclusão acerca do funcionamento familiar destes jovens:

- ✓ A hierarquia e repartição dos poderes são confusas;
- ✓ Os limites intergeracionais pouco claros ou inexistentes;
- ✓ Acentuadas dificuldades no processo de individualização do filho em relação aos pais;

Desta forma, a droga surge na adolescência como uma forma de procurar a diferenciação como foi referido anteriormente. Contudo, em vez de proporcionar

autonomização aumenta as atenções da família sobre este elemento, bloqueando o processo de diferenciação.

Foram ainda sensibilizados e informados acerca das consequências fisiológicas e psicológicas do consumo de cannabis bem como do álcool. Foi igualmente promovida a consciencialização destes jovens acerca dos malefícios e promovidas outras estratégias para a socialização no grupo de pares.

Assim, na concretização deste objectivo desenvolvi as seguintes competências/comportamentos:

- ✓ Aprofundamento de conhecimentos na área de especialização;
- ✓ Consciência crítica em relação a novas problemáticas com o cliente e família;
- ✓ Realização de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área da Saúde Mental;
- ✓ Aprofundamento de técnicas de comunicação e relação terapêutica com o cliente e família;
- ✓ Realização de intervenções psicoterapêuticas no adolescente.

OBJECTIVO 4

PREVENIR A RECAÍDA DO CONSUMO E DEPENDÊNCIA DE CANNABIS EM JOVENS DOS 12-15 ANOS

Foi delineada a seguinte intervenção para atingir este objectivo:

- ✓ Assistir e intervir como observadora participante em sessões de grupo com jovens que se encontrem abstinentes há 3 meses.

Este objectivo foi planeado mas não foi possível de concretizar uma vez que o grupo só será constituído em Março.

OBJECTIVO 5

REALIZAR UMA INTERVENÇÃO PRECOCE EM SAÚDE MENTAL DE FORMA A PREVENIR PRIMARIAMENTE FUTURAS SITUAÇÕES DE CONSUMO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS EM JOVENS DOS 6-13 ANOS

Para Moreira (2004) os estilos de vinculação dos pais têm influência no desenvolvimento emocional, cognitivo, da personalidade, da noção das relações

interpessoais em geral e das afectivas em particular, bem como no desenvolvimento posterior de uma psicopatologia. Como tal, a intervenção na família é um facto essencial a ter em atenção nas intervenções de prevenção eficazes. Segundo Carvalho (2008), entende-se por intervenção precoce uma forma de apoio prestada pelos membros de redes sociais de suporte formal e informal dirigida à família de crianças nos primeiros anos de vida e que influencia directa ou indirectamente o funcionamento dos pais, família e da criança. O enfoque é sistémico e não apenas individual. Para a concretização deste objectivo foram realizadas as seguintes actividades:

- ✓ Assistir e intervir como observadora participante em consultas de psicoterapia individual em crianças que necessitam de uma intervenção precoce multidisciplinar;
- ✓ Promover o envolvimento da família;
- ✓ Intervir na família de forma a modificar os comportamentos disfuncionais identificados.

Existe uma associação entre as práticas educativas dos pais na infância e a saúde mental na idade adulta. Canavarro (1999) afirma que existe uma relação entre o mau suporte emocional por parte dos pais e a psicopatologia na idade adulta dos respectivos filhos. Por outro lado para Hanson (2005), promoção da saúde mental é uma intervenção precoce direccionada para factores de risco específicos. A promoção da coesão e da resiliência familiar diminuem a influência dos factores de risco.

Esta intervenção precoce em Saúde Mental em jovens dos 6-13 anos de idade visa actuar na prevenção de futuras situações de consumo através de um acompanhamento precoce em crianças e respectivas famílias que apresentem sinais de mal-estar psicológico, como por exemplo, mau rendimento escolar, alterações de comportamento, disfuncionalidade familiar e dificuldade na integração com o grupo de pares. Esta abordagem encontra os seus fundamentos conceptuais na perspectiva ecológica e sistémica, segundo a qual o indivíduo é visto como participante activo em múltiplos cenários de participação que exercem entre si influências recíprocas. A família pertence a um sistema social mais alargado, com o qual estabelece interacções que se reflectem sobre a experiência e desenvolvimento da própria criança. Almeida (cit. por, Carvalho, 2008, pag.10)

Desta forma, a abordagem centrada na família reconhece a sua importância como principal fonte de influência no bem-estar físico e emocional dos seus membros. O suporte prestado pelos profissionais de saúde, privilegia o papel dos pais como parceiros

activos no processo terapêutico, promovendo a aquisição de competências fundamentais para o desenvolvimento saudável da criança e reforçando outros conhecimentos. Para Dunst (cit. por Carvalho, 2008, pag.11), os aspectos que definem uma abordagem centrada na família são:

- ✓ O reconhecimento de que a família constitui o contexto principal para a promoção da saúde e bem-estar da criança;
- ✓ Respeito pelas escolhas e decisões da família;
- ✓ Ênfase nas forças da criança e da família e nos recursos necessários para promover padrões normativos de vida;
- ✓ A relação família-profissional como catalisador para mobilizar os recursos necessários às escolhas realizadas e na actualização das mesmas;
- ✓ Respeito mútuo entre famílias e profissionais que trabalham em conjunto para alcançar os resultados desejados.

Muitos dos observados foram sinalizados pela CPCJ e um dos sinais mais frequentes de mal-estar mental na criança/adolescente prende-se com o comportamento, rendimento escolar e na interacção/integração no grupo de pares.

Outros pedidos de consulta foram realizados pelos progenitores. Assim, esta é uma intervenção fulcral de forma a reforçar os factores protectores nos jovens para prevenir futuras situações de risco e consumo de substâncias.

Englobado na intervenção precoce são efectuadas avaliações das competências parentais aos progenitores para inferir até que ponto a criança terá um ambiente saudável em casa ou necessitará de uma medida de protecção realizada através do tribunal como, por exemplo, a institucionalização.

Concluindo, a concretização deste objectivo permitiu a aquisição e desenvolvimento das seguintes competências/comportamentos:

- ✓ Aprofundamento de conhecimentos na área de especialização;
- ✓ Consciência crítica para os novos problemas relacionados com o cliente e família, nomeadamente a intervenção precoce em Saúde Mental;
- ✓ Desenvolver e melhorar estratégias terapêuticas ao nível da intervenção na criança/jovem e família;
- ✓ Aprofundamento de conhecimentos sobre técnicas de comunicação e relação terapêutica com o cliente e família.

OBJECTIVO 6

REALIZAR UMA FORMAÇÃO PARA DOCENTES E TÉCNICOS NÃO DOCENTES SOBRE A TEMÁTICA DO *BULLYING*

Para este objectivo foi realizada a seguinte actividade:

- ✓ Participar numa formação sobre a temática do *Bullying* na escola EB23 de Avero-Mar.

Segundo Olweus (1993) um aluno é vítima de *bullying*/provocação quando está exposto, repetidamente e ao longo do tempo, a acções negativas da parte de uma ou mais pessoas. Para o mesmo autor as causas do *bullying* são as seguintes:

- ✓ Atitudes negativas por parte dos pais à criança agressora (fraco envolvimento emocional);
- ✓ Ausências de limites imposto pelos pais à criança;
- ✓ Uso por parte dos pais de técnicas assertivas (violência física);
- ✓ Temperamento do menor;

A sessão de formação decorreu no dia 20 de Janeiro de 2010. A equipa multidisciplinar que constitui a equipa de Educação para a Saúde (enfermeiros e psicólogos), havia definido e planeado a formação na escola em supervisão com FPCEUP. Assim, participei como observadora participante integrando-me na dinâmica de trabalho definida bem como os respectivos conteúdos programáticos.

A sessão realizada foi expositiva. Posteriormente será mantido o contacto com esta escola e o programa de prevenção de *bullying* continuará com os professores a desenvolverem estratégias de sensibilização nos alunos em parceria com o gabinete de apoio ao aluno. Futuramente, será implementado um questionário de nomeação de pares para detecção precoce da situação, o que permitirá uma intervenção mais eficaz e que envolva toda a comunidade escolar.

Encontravam-se presentes na sessão docentes e técnicos não-docentes. Nesta sessão expositiva clarificou-se o conceito de *bullying*, os critérios de diagnóstico, dos vários tipos de *bullying*, das características da vítima e do agressor, das consequências nos dois intervenientes bem como da intervenção terapêutica (ver anexo VII).

Foram ainda trabalhadas com estes profissionais estratégias de intervenção que devem ser adoptadas na escola bem como a intervenção terapêutica a realizar ao *bully* e à vítima. Um outro aspecto focado foi a prevenção e a importância dos gabinetes de apoio ao aluno na escola. Este deve ser um projecto da comunidade escolar envolvendo alunos

e professores e outros técnicos. Esta escola em específico, havia adoptado estratégias de detecção destas situações através de uma “caixa anónima” onde o estudante colocava as suas denúncias de forma anónima. Esta parceria com o PIAC engloba a formação teórica e posterior acompanhamento. Assim, os professores irão sensibilizar os estudantes para esta temática e irá ser distribuído um instrumento chamado questionário de nomeação de pares onde são identificadas as situações (ver anexo VIII). Assim, será iniciado um programa de intervenção e de sensibilização dos estudantes, prevenindo igualmente futuras situações. Os professores já se encontravam sensibilizados para esta temática bem como o gabinete de apoio ao aluno já havia adoptado algumas medidas. Contudo os técnicos não-docentes, nomeadamente, os assistentes operacionais que convivem largas horas com os jovens desconheciam alguns conceitos. Contudo, reflectiram sobre situações que assistem diariamente e que podem ser indicativos de *bullying*.

Para concluir é importante ter em atenção que o *bullying*/provocação difere de outros comportamentos violentos devido à intencionalidade do comportamento, o facto de ser repetido no tempo e o desequilíbrio de poder entre o provocador e a vítima. Olweus (1993)

A participação nesta sessão de formação permitiu o desenvolvimento das seguintes competências/comportamentos:

- ✓ Aprofundamento e alargamento de conhecimentos na área de especialização;
- ✓ Consciência crítica para novos problemas e desafios à prática profissional;
- ✓ Capacidade de trabalhar em conjunto com uma equipa multidisciplinar;
- ✓ Realização de sessões de Educação para a Saúde relacionadas com a área de especialização.

2.2. *Módulo de desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do Adulto*

Este módulo foi realizado num total de 180h divididos em turnos de 6,5h. O respectivo cronograma encontra-se remetido para anexo (ver anexo III).

OBJECTIVO 1

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NO PLANEAMENTO, EXECUÇÃO E TREINO DE INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS E NA RELAÇÃO DE AJUDA

As actividades planeadas para a concretização deste objectivo foram as seguintes:

- ✓ Assistir, planear e executar intervenções psicoterapêuticas individualmente e em grupo;
- ✓ Assistir, planear e executar sessões de relação de ajuda;
- ✓ Pesquisa bibliográfica.

Segundo Canavarro (1999), os resultados obtidos na investigação acerca da interacção existente entre relações afectivas na infância e adolescência e relações afectivas na idade adulta concluem que as posteriores são importantes moderadores entre as relações afectivas na infância e adolescência e saúde mental. Neste contexto a psicoterapia surge como uma maneira de reformular os modelos sobre si próprio e os outros, permitindo maior resistência às perturbações emocionais.

As actividades terapêuticas realizadas foram breves, de tempo limitado e com um grupo aberto que variava consoante os utentes internados no momento a realização. Minicucci (cit. por Guerra, 2005) definiu grupo como um conjunto de pessoas que são interdependentes na tentativa dos objectivos comuns e visam um relacionamento interpessoal satisfatório. Para este mesmo autor existem diversos tipos de grupos. A sua classificação advém dos processos identificados nos mesmos, como por exemplo o objectivo, que neste caso específico é terapêutico. Assim, num grupo terapêutico tem de existir um profissional de saúde mental a orientar. No grupo terapêutico existe um problema alvo a solucionar sendo que a abordagem terapêutica poderá ser: humanista; cognitivo-comportamental, psicodinâmica ou interaccional/interpessoal. Nos métodos comportamentais e cognitivos, os terapeutas têm uma função activa quer seja a ensinar, dar conselhos, usar o questionamento socrático na descoberta orientada como a sugerir tarefas orientadas e a instruir o grupo. Na abordagem psicanalítica e humanista, o papel é menos activo, esperando que o utente fale no início e abstendo-se de intervir, seguindo a linha de pensamento do utente e raramente inicia e estrutura a sessão de forma activa. Contudo nas terapias psicodinâmicas breves, ele é mais activo ao interpretar, conflitos inconscientes e ao confrontar a resistência. Segundo Gabbard [et al] (2005), existem três critérios de inclusão fundamentais:

- ✓ O utente deve estar em contacto com a realidade;
- ✓ Apresente algum tipo de desconforto;

- ✓ Tenha pedido ajuda, ou seja, apresente *insight* para o seu actual problema ou sintomatologia.

Existem conceitos valorizados na abordagem psicoterapêutica em grupo: o *feedback*, o *insight*, a expressão de sentimentos e a catarse. Para Guerra (2005), o *feedback* é um agente promotor de mudança, um tipo de comunicação que fornece dados a uma determinada pessoa sobre o impacto ou impressão que causa no outro. Ajuda o indivíduo a conhecer-se melhor a modificar ou melhorar o controlo do seu comportamento social. O *insight* prende-se com a capacidade do utente interiorizar e aceitar o seu problema de saúde. O termo catarse refere-se à libertação de emoções reprimidas.

O líder do grupo tem igualmente um papel importante. Para Minicucci (cit por Guerra, 2005) o líder deve ser capaz de reduzir os obstáculos de comunicação, ensinar a dar e receber *feedback*, ajudar a clarificar e a definir objectivos de grupo, ajudar a avaliar o que é realizado e estimular a coesão do grupo.

Segundo esse mesmo autor, o termo dinâmica de grupos foi utilizado pela primeira vez por Lewin onde este último refere que no campo da dinâmica de grupos a abordagem teórica e prática estão, mais do que nunca, interligadas de forma metódica. Se forem eficazes podem fornecer respostas para os problemas sociais. Assim, a dinâmica de grupos faz emergir os processos nos grupos. Luft (cit. por Guerra, 2005) definiu o termo, dinâmica de grupos, como o estudo dos indivíduos em interacção em pequenos grupos. No seu sentido amplo, pode ser entendido como um conjunto de fenómenos que sucedem quando duas ou mais pessoas se juntam formando um grupo.

Podem incluir não só uma perspectiva terapêutica, sustentando o bem-estar psicológico como também uma perspectiva educacional, onde é promovida uma interacção social mais satisfatória.

Falando em dinâmica de grupos fala-se em técnicas de dinâmica, que são instrumentos que ajudam a alcançar os objectivos, adaptadas de forma flexível às necessidades do grupo. Para Guerra (2005) a técnica é um instrumento que é utilizado em função das necessidades do grupo. Para tal a selecção deve ter em atenção os seguintes aspectos:

- ✓ Objectivos do grupo;
- ✓ Tamanho do grupo;
- ✓ A atmosfera;
- ✓ Normas do grupo;
- ✓ Estádio de desenvolvimento.

Assim, as actividades realizadas tiveram em atenção os clientes presentes mediante condições de inclusão, os diagnósticos de enfermagem e os objectivos gerais e específicos para cada cliente. No local de estágio a equipa de enfermagem realizou um manual de actividades terapêuticas em grupo e foi a partir desse manual que planifiquei as minhas actividades que se encontram em anexo (ver anexo IX).

O foco terapêutico estava relacionado com os sintomas e problemas apresentados pelo cliente, mediante a realização do processo de enfermagem. Assim, a intervenção terapêutica em grupo era direccionada para o cliente, para os diagnósticos de enfermagem e para as características do grupo, sendo importante a existência de uma prévia relação e aliança terapêutica. Os objectivos terapêuticos eram os seguintes:

- ✓ Aumentar a consciência crítica dos utentes acerca de si mesmos;
- ✓ Melhorar competências interpessoais e sociais;
- ✓ Ajudar na adaptação ao contexto de internamento;
- ✓ Promover a expressão de sentimentos/emoções;
- ✓ Avaliar o processo de pensamento;
- ✓ Melhorar a expressão corporal;
- ✓ Melhorar o humor;
- ✓ Promover o relaxamento.

As etapas realizadas nas sessões de dinâmica de grupos foram as seguintes: apresentação; aquecimento; actividade principal e resgate. No aquecimento foram utilizadas estratégias para “quebrar o gelo” de forma a promover a interacção dos membros do grupo entre si. O resgate foi a parte final da dinâmica onde os elementos do grupo deram o seu *feedback* acerca da actividade.

Contudo este objectivo foi atingido parcialmente porque não foi possível planear e executar sessões de relação de ajuda formais, pelo facto dos clientes presentes não reunirem critérios de inclusão. Para Chalifour (2002a), a relação de ajuda consiste numa interacção particular entre duas pessoas (o interveniente e o cliente), contribuindo cada uma para a procura e a satisfação de uma necessidade de ajuda, tendo os seguintes objectivos:

- ✓ Favorecer a presença de um contacto físico e afectivo;
- ✓ Assegurar que o cliente se sente compreendido e entendido;
- ✓ Estabelecer um clima de confiança, respeito e empatia;
- ✓ Utilizar esta experiência relacional como forma de atingir os efeitos terapêuticos pretendidos;

- ✓ Servir de meio psicoterapêutico para ultrapassar situações traumáticas do passado.

Para Phaneuf (2005), a relação de ajuda consiste numa troca verbal e não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação de um clima de compreensão, apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma situação difícil. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la e aderir à mudança e à evolução pessoal e conseqüente autonomização. Ocorre num contexto profissional.

Assim, a relação de ajuda profissional engloba os seguintes processos: a comunicação que toma forma particular de uma relação; a entrevista que resulta desta relação e as intervenções psicoterapêuticas que podem ser aplicadas ao longo desta relação. Para Chalifour (2002a), a relação de ajuda executa-se nas seguintes fases: orientação da relação; o trabalho ou a emergência das actividades e a conclusão.

Assim foi possível desenvolver as seguintes competências/comportamentos:

- ✓ Aprofundamento de conhecimentos a área de especialização;
- ✓ Consciência crítica para os actuais problemas da prática profissional relacionadas com o cliente;
- ✓ Desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
- ✓ Realização de entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área da Saúde Mental;
- ✓ Melhoria da técnica de comunicação e de relação terapêutica com o cliente em contexto de grupo;
- ✓ Planeamento e execução de intervenções terapêuticas em grupo;
- ✓ Desenvolvimento da capacidade de observação crítica;
- ✓ Desenvolvimento da capacidade de avaliação dos resultados obtidos.

OBJECTIVO 2

ENVOLVER A FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS

Foram realizadas as seguintes actividades para atingir o objectivo:

- ✓ Planear sessões com o cliente e família adequadas à sua necessidade de cuidados e ao seu processo de enfermagem;
- ✓ Promover o envolvimento da família na prestação de cuidados e a adaptação da mesma à necessidade de cuidados do seu membro.

Foi planeada e executada uma intervenção individualizada à família de uma cliente com um primeiro surto psicótico. Foram realizadas duas sessões.

Na primeira foram abordados aspectos sobre a doença, sinais de alerta e prestado suporte emocional à família, nomeadamente ao marido, que apresentava um grande sentimento de culpabilidade. Foi ainda realizado ensino sobre a importância da adesão ao regime terapêutico e gestão do delírio.

Na segunda sessão foram reforçados os ensinamentos anteriores, apresentando-se o marido mais tranquilo. Verbalizou ter pensado em algumas estratégias para quando a alta, acabando por se efectuar a preparação para a alta. Foi ainda trabalhada a prevenção da recaída.

Desta forma, trabalhar a família numa estratégia psicoeducativa reduz os níveis de stress na mesma bem como ajuda a encontrar estratégias adaptativas de forma a ultrapassar a crise e a atingir a homeostase da dinâmica familiar. A intervenção numa situação de crise, ocorre para minimizar o impacto do acontecimento stressante na vida da pessoa/família. Deste modo, procura-se mobilizar os recursos dos indivíduos afectados e aumentar as suas competências na gestão de futuras situações através da utilização de mecanismos de controlo mais adaptados e eficazes.

«Se estas manifestações de crise são ignoradas, acabarão por ter repercussões directas na qualidade dos serviços oferecidos e no impacto da doença. Com efeito, numerosos exemplos de falta de adesão dos clientes à medicação prescrita ou às mudanças de hábitos de vida, propostos pelos profissionais de saúde, são atribuíveis à negação pelos clientes da doença, da sua importância, ou ainda, recusa em aceitar os limites que esta doença lhes provoca». Chalifour (2002b, pag. 181)

A concretização deste objectivo permitiu a aquisição das seguintes competências:

- ✓ Aprofundamento de conhecimentos na área de especialização;
- ✓ Consciência crítica para actuais problemas da prática profissional relacionados com o cliente e família;
- ✓ Aprofundamento de estratégias de intervenção com a família.

OBJECTIVO 3

CONHECER A CONSULTA DE ENFERMAGEM NA COMUNIDADE

A actividade planeada foi a seguinte:

- ✓ Conhecer os recursos na comunidade, nomeadamente o gabinete de consulta de enfermagem em Santo Tirso.

No dia 25 de Maio de 2009 visitei a consulta de enfermagem na comunidade em Santo Tirso. Neste local, é efectuado o acompanhamento em ambulatório dos clientes desta área de residência.

Nesta consulta são realizadas as seguintes intervenções:

- ✓ Avaliação de clientes e posterior encaminhamento para internamento no Hospital Magalhães Lemos;
- ✓ Supervisão e incentivo à adesão ao regime terapêutico;
- ✓ Administração de terapêutica de longa duração;
- ✓ Suporte emocional e ensino ao cliente/família sendo também um espaço procurado pelas famílias;
- ✓ Monitorização dos clientes e da sua reinserção social;
- ✓ Visitação domiciliária

Considero de extrema importância este gabinete como retaguarda para o cliente e família e um espaço de excelência para a relação terapêutica enfermeiro/cliente.

Assim, na observação realizada melhorei a seguinte competência/comportamento:

- ✓ Aprofundamento de conhecimentos na área de especialização através do conhecimento de um novo contexto de intervenção.

2.3. Módulo Pedopsiquiatria

Este módulo realizou-se num total de 180h divididos em turnos de 6,5h, encontrando-se o respectivo cronograma remetido para anexo (ver anexo III).

OBJECTIVO 1

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS NESTA ÁREA

Para a concretização deste objectivo foram propostas as seguintes actividades/estratégias:

- ✓ Observar e executar a prática do enfermeiro especialista na área da Pedopsiquiatria;
- ✓ Reflectir criticamente sobre a função do enfermeiro especialista nesta área;

- ✓ Participar num processo supervisivo.

Para Matos (2004), deve-se atender à necessidade de valorizar a função do enfermeiro especializado nesta área, sob pena de se perder a razão da sua presença nas equipas de saúde mental. Para tal é importante uma reformulação da aprendizagem e treino, permitindo a valorização profissional.

A supervisão clínica em enfermagem, é considerado um processo de acompanhamento, orientação e suporte dado por um profissional experiente a outro com menor nível de experiência, com vista à optimização do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências. Para Abreu (2003, cit. por Abreu 2007), é um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento, através de reflexão, ajuda e monitorização tendo em vista a qualidade de cuidados de enfermagem. Complementando, Simões e Garrido (2007) contextualizam a supervisão clínica como uma relação profissional centrada na exigência, na formação, no trabalho e no desenvolvimento emocional, envolvendo a reflexão sobre as práticas orientada por um profissional qualificado. Assim, o supervisor tem um papel determinante no desenvolvimento de competências na medida em que promove a mobilização e integração de conhecimentos, capacidades técnicas e comunicacionais e atitudes, através da aprendizagem pela experiência baseada numa prática reflexiva. Desta forma, o conceito de competência está interligado com conceitos-chave como: aprendizagem experiencial, construção de conhecimento e prática reflexiva. Alarcão (2000), referindo-se a Kolb, define aprendizagem experiencial como um processo transformador da experiência no decorrer da qual se dá a construção de um saber. Desta forma, partindo de uma experiência concreta, através de processos de observação e reflexão, ela é apreendida, levando a um conhecimento de natureza mais intuitivo, e/ou compreendida, promovendo um conhecimento mais reflectido e distanciado, que conduz à transformação de conceitos. Estes conceitos guiam novas experiências. Identificam-se assim, dois agentes de aprendizagem: a experiência e a reflexão, que Alarcão (2000) manifestamente preconiza dizendo que a experiência, quando reflectida e conceptualizada, permite compreender a realidade e aprender. Tendo por base esta premissa da aprendizagem experiencial, baseada numa prática reflectida e inserida num processo supervisivo que realizei o estágio nesta área com vista ao desenvolvimento de competências especializadas. As estratégias supervisivas utilizadas foram a observação, análise e discussão de casos com interpretação e clarificação de situações complexas e sua intervenção.

Ao falar-se de adolescência e conviver com o adolescente, pretende-se escutar o que ele nos tem a expressar acerca dos seus problemas

Resultante desta prática reflexiva pode concluir que, para além das competências de especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, o enfermeiro especialista nesta área deve ser capaz de:

- ✓ Observar e analisar criticamente as situações de forma sintética e eficaz, utilizando uma linguagem técnica e científica específica desta área;
- ✓ Conhecer o desenvolvimento psicoafectivo da criança/adolescente;
- ✓ Realizar uma análise psicodinâmica e comportamental para melhor interpretar as necessidades de cuidados manifestadas pelos jovens;
- ✓ Adaptar as modalidades psicoterapêuticas aos adolescentes e às suas características, sendo necessário criatividade e adaptabilidade;
- ✓ Estabelecer uma relação terapêutica com o jovem tendo em conta aspectos como a idade, tipo de interacção com pares e terapeuta, transferências e contra-transferências da figura parental (limites e regras) bem como aspectos da sua patologia;
- ✓ Ser capaz de compreender e interpretar a dinâmica familiar e as suas disfunções.

Considero que as estratégias definidas foram eficazes para a concretização do objectivo proposto. Para tal, foi fundamental desenvolver um sentido de observação e reflexão críticos. O processo de supervisão permitiu um desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a aquisição de competências especializadas nesta área.

Desta forma, adquiri as seguintes competências/comportamentos:

- ✓ Aprofundamento de conhecimentos na área de especialização, nomeadamente, na área da Pedopsiquiatria;
- ✓ Desenvolvimento da capacidade de auto-supervisão promovendo o crescimento pessoal e profissional, inserido num processo de supervisão;
- ✓ Capacidade de reflexão crítica da prática.

OBJECTIVO 2

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NA EXECUÇÃO DE ACTIVIDADES LUDICOTERAPÊUTICAS COM GRUPOS E INDIVIDUALMENTE

Para a concretização deste objectivo foram realizadas as seguintes actividades:

- ✓ Assistir, planejar e executar actividades ludicoterapêuticas com grupos no contexto de internamento e hospital de dia;
- ✓ Desenvolver uma consciência crítica relativamente à observação e análise das actividades ludicoterapêuticas.

Para aprofundar conhecimentos na planificação e concretização de actividades ludicoterapêuticas é importante compreender o estadió de desenvolvimento em que os jovens se encontram que é a adolescência e a particularidade da relação terapêutica estabelecida com eles. Assim, Strecht (2003), a entrada na adolescência é classicamente definida pelo aparecimento da puberdade, ou seja, de todas as modificações corporais. Existe igualmente uma evolução em termos cognitivos e intelectuais e consequentemente a capacidade de pensar e simbolizar. O autor nomeia três tarefas que se impõem ao funcionamento psíquico:

- ✓ Modificações que ocorrem devido às transformações físicas;
- ✓ Diálogo interno que ocorre com as figuras materna e paterna interiorizadas e as alterações que ocorrem com uma modificação dessa mesma relação, visando a autonomia emocional;
- ✓ Alteração da relação com o grupo de pares.

Assim, no final da adolescência estará definida uma orientação sexual de carácter mais definitivo, uma maior autonomia face às referências familiares e um balanço adequado entre a identidade individual e social. Aliás Strecht (2003) afirma que esta é uma fase de riscos como as variações de humor, alterações de comportamento e o consumo de álcool e drogas.

Na realização de qualquer actividade ludicoterapêutica é essencial o enfermeiro especialista ter em atenção que para além do objectivo lúdico existe um terapêutico para o grupo e individualmente para cada jovem.

Para Canavarro (1999), quando se interage com jovens, a relação terapêutica é muito particular e rapidamente se coloca num plano de metacomunicação, isto é, existem transferências e contra-transferências que o enfermeiro especialista deve ter em conta. É importante transmitir limites e regras de forma a criar um ambiente seguro, ser assertivo e criar empatia. As estratégias de comunicação são diferentes do adulto. Para Canavarro (1999), a própria inexperiência do adolescente, permiti-lhe intuir a sinceridade de um contacto, o que não acontece com os adultos. Assim, é importante que a relação seja natural, franca e de um bom nível de empatia. As características da relação terapêutica estabelecida diferem consoante a figura seja de enfermeiro ou enfermeira.

Ao nível das actividades observadas estas tiveram um cariz ludicoterapêutico. Mediante o aprofundamento de competências no âmbito das intervenções psicoterapêuticas pode observar e analisar criticamente algumas situações bem como melhorar a minha intervenção nesta área específica.

Assim, ao nível da dinâmica de trabalho da unidade de internamento são realizadas actividades ludicoterapêuticas em grupo com programação semanal:

- ✓ 2ªfeira: Educação Física;
- ✓ 3ªfeira: Grupo de Pintura;
- ✓ 4ªfeira: Piscina;
- ✓ 5ªfeira: Piscina;
- ✓ 6ªfeira: Grupo terapêutico;

A actividade de **Educação Física** é realizada no ginásio do Hospital Magalhães Lemos. Os benefícios do exercício físico são já conhecidos em termos do bem-estar geral e com benefícios no relaxamento podendo obter efeitos terapêuticos ao nível da melhoria do humor, diminuição dos níveis de ansiedade e também promove a socialização no grupo.

O grupo de **Pintura** funciona como um grupo terapêutico aberto, sendo constituído pelos jovens que se encontram internados na semana em vigor. Um grupo terapêutico aberto é um grupo que se reúne num contexto de saúde onde vão entrando e saindo elementos.

Realiza-se numa sala de pintura onde é pedido aos jovens que desenhem e pintem uma temática livre. Posteriormente, os jovens verbalizam aos técnicos o que pretendem transmitir. Estes desenhos são analisados na reunião multidisciplinar realizada na 6ª feira. A realização e a interpretação dos desenhos não só ajuda o jovem a exprimir sentimentos e emoções que não consegue via comunicação verbal como também permite ao técnico analisar aspectos da vivência do jovem que este não transmite verbalmente e que podem ser úteis para o seu processo terapêutico. Assim, é importante o enfermeiro especialista participar no grupo terapêutico aberto tendo um objectivo comum para o grupo mas também individual para cada membro, considerando a sua patologia, as suas angústias e necessidades de cuidados, sabendo interpretar os desenhos segundo estes aspectos.

Na aula de **Natação**, os jovens retiram benefícios do relaxamento, promoção de bem-estar e socialização, abstraindo-se dos seus pensamentos. Assim, uma vez que a água é um meio regressivo consegue ser estimulante para jovens com surtos psicóticos, relaxante para jovens com distúrbios da ansiedade ou com Perturbação Obsessivo-

Compulsiva (POC), bem como estimula a socialização no grupo. Por outro lado, é desafiador para jovens com alterações do comportamento alimentar pois sentir-se-ão mais vulneráveis uma vez que terão de mostrar o corpo e trabalhar com este na água, o que ajuda a promover a aceitação do corpo e abstracção do pensamento obsessivo em torno da alimentação. Nesta actividade o enfermeiro tem uma intervenção bastante autónoma e cativante.

Semanalmente existe o **Grupo Terapêutico** onde todos os jovens actualmente internados se reúnem com o médico, psicóloga e enfermeiro, para expressarem e partilharem preocupações individuais ou conjuntas. É um momento onde os jovens sentem-se mais próximos dos técnicos o que promove a relação terapêutica.

Existem jogos que para além do efeito lúdico permitem uma avaliação do estado mental de um jovem (por exemplo, nível de concentração, planeamento de jogo ou memória). Desta forma, uma jovem com um surto psicótico que é capaz de jogar com planeamento de jogo, concentração e memória preservada não apresenta um nível de desorganização interna acentuado. Assim, para além de proporcionarmos um momento lúdico ao grupo o enfermeiro especialista pode avaliar individualmente cada jovem. Assim, para além das actividades ludicoterapêuticas com data semanal fixa, o enfermeiro especialista pode programar e realizar actividades em função das necessidades expressas pelo grupo. Estas actividades poderão ser em grupo ou individuais. As actividades realizadas foram as seguintes:

- ✓ Visualização de um filme;
- ✓ Passeio Exterior;
- ✓ Jogos de Estratégia e Memória;
- ✓ Culinária;
- ✓ Massagem de Relaxamento
- ✓ Toque Terapêutico (individual).

Para concluir, a concretização deste objectivo permitiu adquirir e desenvolver as seguintes competências/comportamentos:

- ✓ Aprofundamento de conhecimentos na área de especialização;
- ✓ Consciência crítica para os actuais problemas da prática relacionados com o adolescente;
- ✓ Abordagem de situações complexas relacionadas com a psicopatologia e intervenção terapêutica;
- ✓ Melhoria da metodologia de trabalho na assistência ao adolescente;

- ✓ Desenvolvimento de competências ao nível da entrevista clínica, observação e diagnóstico da situação de saúde/doença na área de saúde mental;

OBJECTIVO 3

PROMOVER INTERVENÇÕES NA FAMÍLIA DEVIDO À SUA IMPORTÂNCIA COMO NÚCLEO DE SUPORTE NESTA FAIXA ETÁRIA

Foram delineadas as seguintes actividades para a concretização deste objectivo:

- ✓ Assistir, planear e executar intervenções tendo como foco a família, integrado devidamente no processo de enfermagem.

Este objectivo não foi concretizado, uma vez que não foi possível o estágio na consulta de ambulatório e hospital de dia. Esta condicionante deveu-se ao facto das remodelações existentes no edifício pelo que o início das actividades ainda não ocorreu. Na unidade não foi possível a aplicação deste objectivo devido à dinâmica de trabalho actualmente existente.

OBJECTIVO 4

DESENVOLVER COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DA PSIQUIATRIA DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Para a concretização deste objectivo foram planeadas as seguintes actividades:

- ✓ Participar num seminário intitulado “Perturbações de Saúde Mental da Primeira Infância” da Associação Portuguesa para a Saúde Mental da Primeira Infância;
- ✓ Observar e reflectir sobre a prestação de cuidados especializados nesta área.

O seminário decorreu nos dias 30 e 31 de Outubro de 2009 no Centro de Formação do Hospital Santo António. Este seminário foi realizado pela Associação Ser Bebê (Associação Portuguesa para a Saúde Mental da Primeira Infância). O tema da formação foi a Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental da Primeira Infância (DC: 0-3R) (ver anexo X).

Presentes na formação encontravam-se pedopsiquiatras, psicólogos e enfermeiros o que demonstra a importância da multidisciplinaridade nesta área. O objectivo foi dar a conhecer esta classificação diagnóstica e realizar o treino deste processo de pensamento, mediante a observação de interacções entre mãe-filho. O Eixo I da classificação diz respeito ao diagnóstico psicopatológico do bebé/criança e o Eixo II refere-se ao

diagnóstico da interacção. É importante conhecer-se o desenvolvimento psicomotor e psicoafectivo da criança, para de forma mais eficiente diagnosticar atrasos de crescimento. Na consulta estão presentes diversos técnicos, nomeadamente, três a quatro técnicos, sendo que dois observam, um interage com o bebé/criança e família, e um último grava em vídeo a consulta para posterior análise da interacção em equipa. O tempo de cada consulta é bastante demorado e a sua análise minuciosa, pois é crucial ter em conta aspectos como o desenvolvimento psicomotor e psicoafectivo do bebé/criança mediante a faixa etária, comportamentos de vinculação e características da interacção com os pais bem como com o técnico e reacção à saída e entrada dos pais no consultório.

Foi importante a participação neste seminário pois proporcionou-me alguns conhecimentos numa área ainda pouco desenvolvida por mim e para a qual possuía competências. Sendo assim, desenvolvi competências ao nível do aprofundamento de conhecimentos na área de especialização até então pouco desenvolvida. Contudo o objectivo foi parcialmente realizado pois não foi possível a realização do estágio na Unidade da Primeira Infância.

OBJECTIVO 5

CONHECER A ARTICULAÇÃO EFECTUADA ENTRE A PSIQUIATRIA DA PRIMEIRA INFÂNCIA E OS CUIDADOS DE SAÚDE NA COMUNIDADE

Para a concretização deste objectivo havia definido a seguinte estratégia:

- ✓ Conhecer e participar num projecto de articulação entre a Unidade da Primeira Infância e os cuidados de saúde na comunidade.

Este objectivo não foi atingido pelo facto de ainda não se ter iniciado o protocolo com o Centro de Saúde. Este facto deve-se à remodelação do edifício do Departamento e pelo facto dos Centros de Saúde encontrarem-se congestionados com a questão da Pandemia da Gripe A.

OBJECTIVO 6

PARTILHAR A FORMAÇÃO REALIZADA SOBRE CIPE VERSÃO1 E CATÁLOGOS DE DIAGNÓSTICO

Este objectivo surgiu devido ao facto de ser uma necessidade da Unidade de Internamento. Sendo assim, houve uma partilha de conhecimentos em que foram fornecidos os catálogos de Diagnósticos de Enfermagem na área da Pedopsiquiatria e a formação da Cipe Versão 1 (ver anexo XI).

OBJECTIVO 7

REALIZAR UM ESTUDO DE CASO

Para a concretização deste objectivo foi realizado um estudo de caso de um jovem internado nesta unidade que se encontra em anexo (ver anexo XII).

Conclusão

A realização destes módulos de estágio permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas na área de Saúde Mental, permitindo uma melhor intervenção junto do indivíduo e da sua família ao longo do ciclo vital. Num primeiro módulo adquiri competências na realização de actividades psicoterapêuticas numa unidade de internamento de doentes agudos, permitindo o meu desenvolvimento profissional na área da pedopsiquiatria, área na qual exerci a minha actividade profissional enquanto enfermeira generalista. Num último módulo na comunidade tive oportunidade de intervir junto de jovens e famílias num contexto de ambulatório bem como escolar. Tendo por base o projecto de estágio e respectivos objectivos específicos delineados para cada módulo, considero que as actividades desenvolvidas permitiram-me atingir os objectivos propostos e deste modo adquirir competências especializadas definidas pela Ordem dos Enfermeiros e adoptadas no Guia de Estágio fornecido para esta Unidade Curricular.

Ao longo da realização do estágio foram vários os momentos de dificuldades ultrapassados mas o facto de ter como guia orientador o projecto de estágio, foi sem dúvida crucial. Alguns objectivos necessitaram de ser reformulados bem como as actividades adaptadas à realidade encontrada nos respectivos campos de estágio.

As actividades realizadas permitiram-me adquirir e melhorar competências vastas o que, sem dúvida, contribuiu para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. Ao longo do relatório pude abordar de forma reflexiva e conclusiva questões complexas relacionadas com a problemática do adolescente e família, da promoção de estilos de vida saudável e prevenção de consumos bem como o relacionamento terapêutico e as actividades terapêuticas realizadas no contexto de internamento. Na intervenção aguda no adulto pude abordar questões relacionadas com a dinâmica de grupos em contextos terapêuticos bem como a intervenção na família.

Tendo por base a citação inicial deste trabalho referida por Pelzer em 2003, existem contextos ambientais, familiares e sócio-económicos que influenciam positiva e negativamente o desenvolvimento físico, mental e emocional do indivíduo. Mas, se for trabalhado no indivíduo a sua resiliência, adaptabilidade e reforçadas as suas competências sociais e pessoais, este poderá crescer saudavelmente na família e comunidade. Por outro lado, é necessário compreender as dificuldades vividas na infância, adolescência e o seu contexto familiar e social, para intervir junto do adulto

que vivencia dificuldades. Existem contextos desfavoráveis que não podem ser modificados nem eliminados. Contudo, o potencial humano pode ser melhorado, modificado e adaptado às exigências quotidianas.

Por outro lado, o processo de supervisão, a relação desenvolvida e as estratégias utilizadas foram cruciais para promover uma prática reflexiva e aquisição de competências.

Assim, ao longo deste estágio foi promovida uma intervenção de forma a ajudar os jovens, adultos e famílias a crescerem de forma a promover a sua Saúde Mental.

Para concluir, no culminar desta etapa considero ter alcançado de forma satisfatória os objectivos apresentados, transpondo dessa forma mais um degrau na grande escalada dos conhecimentos que envolvem os cuidados ao cliente/família, com o intuito de melhorar o meu desempenho profissional e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados.

Referências Bibliográficas

ABREU, Wilson - *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007.

ALARCÃO, Isabel - *Escola reflexiva e supervisão: Uma escola em desenvolvimento e aprendizagem*. Porto: Porto Editora, 2000.

ANAUT, Marie – *A resiliência: ultrapassar os traumatismos*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

AZEVEDO, Carlos; AZEVEDO, Ana – *Metodologia Científica: Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos*. 7ª ed. Lisboa: C. Azevedo, 2004.

BECK, Aaron, FREEMAN, Arthur – *Terapia Cognitivo-Comportamental dos Transtornos da Personalidade*, 1ª Edição, Artes Médicas Editora, Porto Alegre, 1993

CANAVARRO, Luís – *Adolescentes: Pragmáticas da Abordagem Psicoterapêutica*. 1ªed. Coimbra: Quarteto Editora, 1999.

CANAVARRO, Maria – *Relações Afectivas e Saúde Mental: Uma Abordagem ao Longo do Ciclo de Vida*. 1ª ed. Coimbra: Quarteto Editora, 1999.

CARVALHO, A; DIOGO, F. – *Projecto Educativo*. 3ª Edição. Porto: Edições Afrontamento, 1999.

CARVALHO, Cátia – *Contextos Naturais de Vida e Intervenção Precoce: A Integração das Práticas de Intervenção nas Rotinas da Criança e da Família*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia sob a orientação do Prof. Dr. Pedro Lopes dos Santos apresentado à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia em 2008.

CHALIFOUR, Jacques – *A Intervenção Terapêutica: Os Fundamentos Existencial-Humanistas da Relação de Ajuda*. 1ªed. Loures: Lusodidacta, 2002a.

CHALIFOUR, Jacques – *A Intervenção Terapêutica: Estratégias de Intervenção*. 1ªed. Loures: Lusodidacta, 2002b.

DOMINGUES, fr. Bernardo- *Promover a Vida Saudável e com Sentido*. 2ª ed. Porto, 2006.

FERNANDES, Olga Maria – *Entre a Teoria e a Experiência: Desenvolvimento de Competências de Enfermagem no Ensino Clínico, no Hospital, no Curso de Licenciatura*. Porto: Lusociência, 2007.

GABBARD, Judith [et al] – *Compêndio de Psicoterapia de Oxford*. 1ª ed. São Paulo: Artmed Editora, 2005.

GONÇALVES, Óscar – *Terapias Cognitivas. Teorias e Práticas*.5ªed. Porto: Edições Afrontamento, 2006.

GUERRA, Marina, LIMA, Lígia – *Intervenção Psicológica em grupos em contextos da saúde*. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

HANSON, Shirley – *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família*. 2ªed. Loures: Lusociência Editora, 2005.

HOSPITAL MAGALHÃES LEMOS, site oficial disponível em: <http://portal.arsnorte.min-saude.pt> (Consultado em 13/04/2009)

HOSPITAL MARIA PIA, site oficial disponível em: <http://www.hmariapia.min-saude.pt>. (Consultado em 15/02/2010)

HARRISON, Paul [et al] – *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria*. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2006.

ICN – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0*. Ordem dos Enfermeiros (OE). Lisboa: 2006.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPEDÊNCIA, site oficial disponível em: <http://www.idt.pt>. (Consultado em 20/02/2010)

ITO, Ligia [et al] – *Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos Psiquiátricos*, 1ª Edição. Porto Alegre: Artes Médica Editora, 1998.

MATOS, António Coimbra – *Saúde Mental*. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 2004.

MOREIRA, Paulo – *Para uma Prevenção que Previna*.3ªed. Coimbra: Quarteto Editora, 2004.

MOREL, Alain [et al] – *Cuidados ao Toxicodependente*. 1ªed. Lisboa: Climepsi Editores, 1998.

NEGREIROS, Jorge – *Delinquências Juvenis: Trajectórias, Intervenções e Prevenção*. 5ªed. Coimbra: Almedina Editora, 2008.

NEGREIROS, Jorge – *Prevenção do Abuso do Álcool e Drogas nos Jovens*. 2ªed. Porto: Radicário do Instituto de Ciências do Comportamento Desviante Editores, 1998.

OLWEUS, Dan– *Bullying at school*. 1st ed. Oxford e Cambridge: Blackwell, 1993.

OMS- *Fact Sheet n°220*. 2007. Disponível em: <http://www.who.int>. (consultado em 12/02/2009)

OMS- *Prevenção dos Transtornos Mentais*. Genebra, 2004. Disponível em: <http://www.who.int>. (Consultado em 16/02/2009)

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Matriz para a Análise dos Planos de Estudo dos CPLEE*.21 de Outubro de 2008. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/>. (Consultado em 16/02/2009)

PATRÍCIO, Luis – *Droga para que se saiba*. 1ªed. Lisboa: Livraria Figueirinhas, 2002.

PATRÍCIO, Luis – *Droga aprender para prevenir*. 1ªed. Lisboa: Dias Patrício Psiquiatria e Medicina Lda Editora, 2006.

PELZER, Dave; ALMEIDA, Carlos Sousa de – *Aprendi com a vida: as recompensas da resiliência e da gratidão*. Porto: Âmbar Editora, 2003.

PERRENOUD, Phillipe [et al] – *As Competências para Ensinar no Século XXI: A Formação dos Professores e o Desafio da Avaliação*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002.

PHANEUF, Margot – *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. 1ªed. Loures: Lusociência, 2005.

SILVA, Maria Olga – *A Disciplina de Saúde Mental no Delinear de Competências Profissionais*. 1ªed. Vila Nova de Gaia: Editorial 100, 2008.

SIMÕES, João; GARRIDO, António – *Finalidade das Estratégias de Supervisão Utilizadas em Ensino Clínico de Enfermagem*. Florianópolis: 16 (4), 2007. [Consult. 15 de Fevereiro de 2010] Disponível na Internet: <URL: <http://www.scielo.br>>

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette – *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ªed. Loures: Lusociência Editora, 1999.

STRECHT, Pedro – *Interiores: Uma ajuda aos pais sobre a vida emocional dos filhos*. 3ªed. Lisboa: Assírio & Alvim Editora, 2003.

WERNER, Emmy E. – *Protective Factors and Individual Resilience*. In: SHONKOFF, Jack P.; MEISELS, Samuel J. – *Handbook of early childhood intervention*. 2ª ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

Anexos

Anexo I

Cronograma Geral do Curso

Anexo II

Guia de Estágio da Unidade Curricular



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE ESPECIALIZAÇÃO
EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA**

GUIA DE ESTÁGIO

PORTO, ABRIL DE 2009

Regente da Disciplina – Enfermeira Prof. EMÍLIA PRECIOSA

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

- 1. Objectivos e Competências a desenvolver**
- 2. Desenvolvimento do Estágio**
- 3. Horário**
- 4. Regime de Frequência**
- 5. Registos**
- 6. Avaliação**

ANEXOS

ANEXO I – PLANO DE ESTÁGIO

ANEXO II – FOLHAS DE PRESENÇA

ANEXO III – GUIA DE AVALIAÇÃO

INTRODUÇÃO

Este guia reúne um conjunto de informações consideradas oportunas sobre o Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP).

Neste documento apresentam-se os objectivos do Estágio, a duração e estrutura do mesmo, os locais onde decorrerá e os parâmetros de avaliação, bem como algumas informações gerais.

O guia destina-se aos Alunos, Tutores de Estágio e aos Enfermeiros Responsáveis das Instituições onde o mesmo se efectua, por forma a facilitar as relações entre os diversos intervenientes e promover a aprendizagem dos alunos.

1. Objectivos e Competências a desenvolver

Apresentam-se os Objectivos Gerais e Específicos propostos pelo Plano de Estudos do Curso, que pretendem orientar globalmente as competências a desenvolver.

Cada aluno elaborará um projecto individual, onde concretiza objectivos específicos e actividades a desenvolver em cada um dos contextos da prática, que será discutido com o Tutor de Estágio.

Objectivos Gerais:

Com o presente Estágio pretende-se que o aluno demonstre:

- Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP);
- Capacidade para integrar conhecimentos, lidar 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 resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Objectivos Específicos:

1. Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada;
2. Comunicar aspectos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral;
3. Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
4. Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional;

5. Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara;
6. Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas;
7. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada;
8. Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área da ESMP;
9. Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, actuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na área da ESMP;
10. Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na área da ESMP;
11. Reflectir na e sobre sua prática, de forma crítica;
12. Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada;
13. Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da ESMP;
14. Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente;
15. Tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas;
16. Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura;
17. Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
18. Liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na área de ESMP;
19. Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na área da ESMP;
20. Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência;
21. Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
22. Participar e promover a investigação em serviço na área da ESMP;
23. Exercer supervisão do exercício profissional na área de ESMP;
24. Zelar pelos cuidados prestados na área de ESMP;
25. Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros;
26. Realizar a gestão dos cuidados na área da ESMP;
27. Identificar as necessidades formativas na área da ESMP;

- 28. Promover a formação em serviço na área de ESMP;
- 29. Colaborar na integração de novos profissionais.

2. Desenvolvimento do Estágio

De acordo com o plano de estudos do Curso, o Estágio tem 30 ECTS aos quais correspondem um total de 750h de trabalho, das quais 540h são de contacto, sendo as restantes (210h) para trabalho individual do aluno, e está dividido em 3 Módulos, cada um dos quais com 10 ECTS, ou seja, 180h de contacto:

Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e Prevenção;

Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto.

Módulo III – Opcional, em que o aluno poderá optar, em função do seu projecto profissional, por uma das seguintes áreas: Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção, Pessoas com problemas de adição e outros.

Os Módulos não são precedentes entre si, pelo que os alunos poderão iniciar o Estágio, por qualquer um dos Módulos mencionados, os quais se distribuirão por 3 períodos distintos:

- **1º Período** – 20/04/2009 – 20/06/09

- **2º Período** – 06/10/2009 – 21/11/2009

- **3º Período** – 02/12/09 – 30/01/2010¹ (ANEXO I).

A cada período corresponde um Módulo de Estágio, num total de 180h de contacto que se deverão distribuir pelas 7 a 8 semanas do período em causa, de forma a que o aluno realize 3 a 4 turnos por semana.

O horário a praticar por cada aluno será de acordo com o horário praticado nas diferentes instituições, podendo ser turno da manhã, ou tarde, ou noite, conforme o horário praticado pelo respectivo tutor e a oportunidade para a consecução dos objectivos traçados.

3. Regime de Frequência

O Estágio é de frequência obrigatória, o que implica que o aluno realize na totalidade as 540h previstas no plano de estudos. Quando o aluno, por motivos justificados, esteja impossibilitado de cumprir o horário planeado deverá, em conjunto com o respectivo Tutor, reformular o mesmo, de forma a completar o total de horas previstas. Se não for possível a reposição das horas, o aluno deverá justificar as faltas de acordo com o regulamento, não podendo exceder o limite previsto.

Os alunos deverão usar de forma visível o cartão de identificação como estudantes da UCP, ou cartão da Instituição se for o caso.

¹ Com interrupção para férias de Natal de 22/12/09 a 02/01/2010

4. Registos

Cada aluno deverá elaborar um portefólio, no qual registará todas as actividades (da concepção à avaliação), assim como respectiva reflexão crítica para posterior análise e discussão com o respectivo Professor Orientador.

O aluno deverá, ainda, ter 2 Folhas de Registo de Presenças (ANEXO II): uma para o registo das horas de contacto em Estágio (rubricada pelo Tutor do Estágio) e outra para registo das horas de Orientação Tutorial (rubricada pelo Professor Orientador), previstas no plano de estudos para a Unidade Curricular Relatório.

5. Avaliação

A avaliação resultará da apreciação e discussão do Portfólio, realizada entre o aluno e o Professor, e da apreciação do desempenho do formando durante o estágio, de acordo com critérios previamente definidos e na tripla perspectiva do formando, do Professor Orientador e do Tutor de Estágio (ANEXO III).

A classificação final será na escala de 0-20 valores e resultará da média aritmética da classificação obtida nos diferentes Módulos, sendo que no final de cada Módulo cada aluno tomará conhecimento da respectiva avaliação.

Obterão aprovação no Estágio os alunos que obtiverem classificação final igual ou superior a 10 valores e, pelo menos, 10 valores em cada Módulo. Da classificação em Estágio não cabe recurso.

ANEXO I
PLANO DE ESTÁGIO

ANEXO II
FOLHAS DE PRESENÇA

ANEXO III
GUIA DE AVALIAÇÃO

Anexo III

Cronograma dos Estágios

Anexo IV

Questionário Inicial

ANTES DE COMEÇAR, POR FAVOR, LEIA ISTO

Este questionário faz parte de um estudo sobre consumo de álcool, drogas e tabaco entre alunos do ensino secundário. O inquérito irá abranger os estudantes do 10.º Ano que se encontram a frequentar a Escola Secundária da Senhora da Hora e é da responsabilidade de supervisão do Dr. Jorge Negreiros da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

O que lhe pedimos é que pense um pouco sobre cada questão e responda com o máximo de rigor e objectividade. Como queremos saber o que realmente pensa, é importante que responda às várias questões com honestidade. Só assim os resultados terão interesse efectivo.

O questionário é anónimo – em nenhuma parte terá o seu nome ou qualquer outra informação que permita identificá-lo individualmente. Para que o anonimato das respostas possa ser garantido, **não escreva o seu nome** em qualquer folha deste questionário. As respostas são voluntárias. Se considerar, por qualquer razão, que alguma pergunta não é adequada, deixe-a em branco.

Isto não é um teste. Não há respostas certas ou erradas. Por favor, assinale com um **X** no respectivo quadrado da resposta que considerar a mais apropriada.

Desde já agradecemos a sua participação.

PODE COMEÇAR!

1. Escola
2. Sexo Masculino Feminino
3. Ano de Nascimento
4. Nacionalidade
5. Nacionalidade dos Pais: Pai Mãe
6. Reside no concelho de Matosinhos? Sim Não
7. Que ano se encontra a frequentar?
8. Já reprovou alguma vez? Sim Se SIM, em que ano (s)?
Não
9. Como têm sido as suas notas?
- Muito boas..... 1
- Boas..... 2
- Nem boas nem más..... 3
- Más..... 4
- Muito más..... 5

As questões seguintes referem-se a cigarros, bebidas alcoólicas e várias outras drogas. Abordam igualmente aspectos relacionados com as relações sociais e os sentimentos. Procure responder com objectividade e honestidade às várias questões apresentadas. Lembre-se que as respostas são anónimas e confidenciais.

As questões seguintes são sobre o CONSUMO DE CIGARROS

10. Quantas vezes na sua vida fumou cigarros?

Número de vezes						
0	1-2	3-5	6-9	10-19	20-39	40 ou mais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7

11. Com que frequência fumou cigarros nos últimos 30 dias?

Não Fumei.....	<input type="checkbox"/>	1
Menos de um cigarro por semana.....	<input type="checkbox"/>	2
Menos de um cigarro por dia.....	<input type="checkbox"/>	3
1-5 cigarros por dia.....	<input type="checkbox"/>	4
6-10 cigarros por dia.....	<input type="checkbox"/>	5
11-20 cigarros por dia.....	<input type="checkbox"/>	6
Mais de 20 cigarros por dia.....	<input type="checkbox"/>	7

As questões seguintes são sobre BEBIDAS ALCOÓLICAS

(incluindo cerveja, vinho e bebidas destiladas ou fortes)

12. Quantas vezes tomou bebidas alcoólicas? (assinale com um **X** apenas um quadrado em cada linha)

	Número de vezes						
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40 ou +
a) Ao longo da vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nos últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Nos últimos 30 dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

13. Pense no que aconteceu nos últimos 30 dias. Quantas vezes tomou as seguintes bebidas?

(assinale com um **X** apenas um quadrado em cada linha)

		Número de vezes						
		0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40 ou +
a)	Cerveja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Vinho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Bebidas destiladas (*)......	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

(*). Ex.: shots, whisky, vodka, tequila, aguardente, brandy, rum, etc.

14. Pense no que aconteceu nos últimos 30 dias. Quantas vezes tomou 5 (cinco) ou mais bebidas seguidas? (Uma bebida é um copo de vinho, uma garrafa de cerveja ou um cálice/shot de uma bebida destilada).

Nenhuma.....	<input type="checkbox"/>	1
1 vez.....	<input type="checkbox"/>	2
2 vezes.....	<input type="checkbox"/>	3
3 – 5 vezes.....	<input type="checkbox"/>	4
6 ou 9 vezes.....	<input type="checkbox"/>	5
10 ou mais.....	<input type="checkbox"/>	6

As questões seguintes são sobre OUTRAS DROGAS

15. Quantas vezes consumiu marijuana/haxixe/ganza/charros?

(assinale com um **X** apenas um quadrado em cada linha)

		Número de vezes						
		0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40 ou +
a)	Ao longo da vida.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Nos últimos 12 meses.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Nos últimos 30 dias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		1	2	3	4	5	6	7

16. Quantas vezes usou as seguintes drogas? (assinale com um **X** apenas um quadrado em cada linha)

	Número de vezes						
	0	1 - 2	3 - 5	6 - 9	10 - 19	20 - 39	40 ou +
a) Tranquilizantes, “drunfos” ou sedativos (sem indicação médica)...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Estimulantes, anfetaminas ou speeds (sem indicação médica).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) LSD, ácidos ou outros alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Cocaína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Relevim.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Ecstasy (Rodas).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Inalantes (colas, solventes).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

17. Que risco correm as pessoas de se prejudicarem (fisicamente ou de outra maneira) se...

(assinale com um **X** apenas um quadrado em cada linha)

	Nenhum	Baixo risco	Moderado risco	Elevado risco	Não sei
a) Fumarem cigarros ocasionalmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fumarem um ou dois maços de cigarros por dia...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Beberem uma ou duas bebidas todos os dias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Beberem 4 ou 5 bebidas todos os dias.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Beberem 5 ou mais bebidas uma ou duas vezes em cada fim de semana.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Experimentarem marijuana ou haxixe uma ou duas vezes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Fumarem marijuana ou haxixe regularmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Experimentarem LSD uma ou duas vezes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Experimentarem LSD regularmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Experimentarem anfetaminas uma ou duas vezes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Experimentarem anfetaminas regularmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

l) Experimentarem cocaína uma ou duas vezes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Experimentarem cocaína regularmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Experimentarem ecstasy uma ou duas vezes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Experimentarem ecstasy regularmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Experimentarem heroína uma ou duas vezes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Experimentarem heroína regularmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Experimentarem relevim uma ou duas vezes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Experimentarem relevim regularmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Experimentarem inalantes (colas, etc.) uma ou duas vezes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Experimentarem inalantes (colas, etc.) regularmente.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

18. Em que medida seria difícil obter as seguintes substâncias, caso estivesse interessado (a)?

(assinala com um **X** apenas um quadrado em cada linha)

	Impossível	Muito difícil	Difícil	Fácil	Muito fácil	Não sei
a) Cerveja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vinho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Bebidas destiladas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Marijuana ou haxixe.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) LSD (ácidos).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Anfetaminas (speeds).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Tranquilizantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Crack.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Cocaína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Heroína.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Relevim.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Ecstasy.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Inalantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6

19. Quantos amigos seus acha que ...

(assinale com um **X** apenas um quadrado em cada linha)

	Nenhum	Poucos	Alguns	Muitos	Não sei
a) Fumam cigarros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Bebem bebidas alcoólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ficam embriagados pelo menos uma vez por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Fumam marijuana ou haxixe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Usam LSD ou outros alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Usam anfetaminas ou outros estimulantes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Usam tranquilizantes ou sedativos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Usam cocaína ou crack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Usam ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Usam heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Usam relevim.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Usam inalantes (colas, etc.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre os seus PAIS

20. Qual foi o nível de escolaridade mais elevado que os seu PAIS atingiram?

	PAI	MÃE
Sem instrução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1
Não completou a primária.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2
Completou a primária.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3
Completou o 6º ano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4
Completou o 9º ano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5
Completou o 12º ano.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6
Completou um curso técnico-profissional.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 7
Completou um curso superior.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 8
Não sei.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 9

21. Os seus pais... (assinale com um **X** o quadrado que interessa)

- Vivem juntos..... 1
 Estão separados..... 2
 Um deles faleceu 3
 Ambos faleceram..... 4

22. Como se entende com a sua família? (assinale com um **X** apenas um quadrado em cada linha)

- | | Muito bem | Bem | Nem bem nem mal | Mal | Muito mal |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Com o pai | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Com a mãe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Com os irmãos..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

23. Que pessoas vivem consigo lá em casa? (assinale com um **X** todas as situações que interessam)

- Moro sozinho..... 1
 Pai..... 2
 Padrasto..... 3
 Mãe..... 4
 Madrasta..... 5
 Irmão (s)..... 6
 Avós..... 7
 Outros familiares..... 8
 Não familiares..... 9

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo V

1º Sessão do Programa Promoção de Estilos de Vida Saudável

OPORTO BRITISH SCHOOL

Promoção de Estilos de vida Saudável

“Prevenir o consumo de substâncias psicoactivas, em meio escolar, nos jovens”



PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Objectivo geral:

- Prevenir o consumo de substâncias psicoactivas, em particular, tabaco, bebidas alcoólicas e cannabis, como forma de promover e reforçar estilos de vida saudáveis no jovem



PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Objectivos específicos:

- Transmitir conhecimentos conceptuais sobre substâncias psicoactivas;
- Realçar estilos de vida saudável e os factores protectores em detrimento de comportamentos de risco no consumo dessas substâncias;
- Alertar para as falsas percepções sobre o efeito dessas substâncias no organismo humano;
- Capacitar o jovem de saberes preventivos de forma a resistir à curiosidade de experimentar o efeito dessas substâncias;
- Munir o jovem de auto-defesas em relação à pressão dos pares, à oferta de rua, aos desejos de afirmação, de testar limites e transgredir regras.





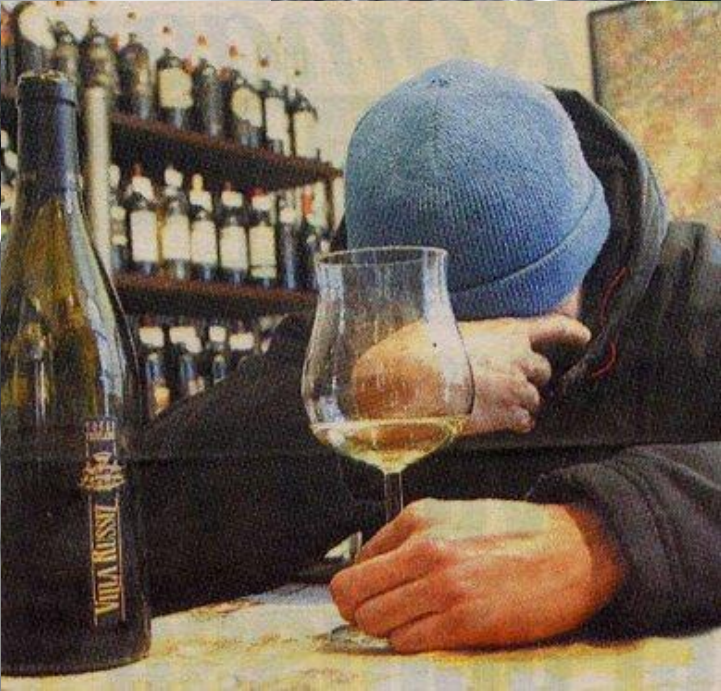
- O que te transmitem estas imagens?
- Qual o papel destas actividades na vida dos jovens?
- Que factores protectores asseguram a prática destas actividades?
- Será que a prática destas actividades previne os jovens de certos riscos?





- O que te transmitem estas imagens?
- O que achas que leva as pessoas a consumir?
- Qual o papel da publicidade?
- Como é que se pode resistir às pressões para fumar ou beber?



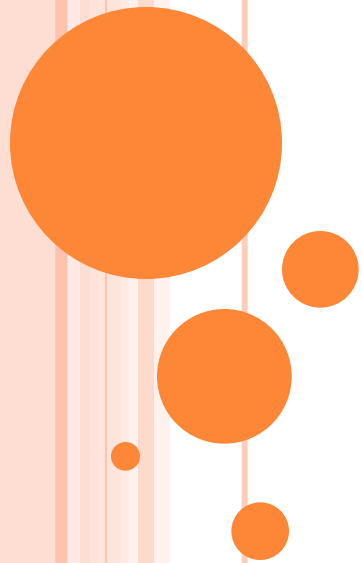


- O que sentiram ao ver estas imagens?
- O que é que elas vos transmitiram?
- Quais os riscos de fumar tabaco, haxixe ou beber em excesso?





**MITO
OU
REALIDADE?**



MITO OU REALIDADE

**As pessoas só consomem
drogas quando têm
problemas.**

MITO

Os motivos por detrás do consumo de drogas variam de pessoa para pessoa e podem ser muito variados, por exemplo: curiosidade, pressão dos amigos, desejo de viver novas experiências, desejo de questionar e transgredir regras, etc.



com se diz. E sempre possível
controlar o seu consumo.

MITO

*O consumo de drogas é muito imprevisível.
Qualquer um de nós pode tornar-se dependente.*



MITO OU REALIDADE?

A mesma droga pode ter efeitos diferentes consoante a pessoa que consome.

VERDADE

Os efeitos e consequências da utilização de drogas dependem de três factores: a substância, a pessoa que consome e o contexto em que é consumida.



capacidades para a condução.

MITO

Não é verdade. Mesmo pequenas quantidades de bebidas alcoólicas têm efeitos ao nível da capacidade de concentração, da atenção, da motricidade e do tempo de reacção. Para além disso, esta diminuição das capacidades não é percebida pelo consumidor que muitas vezes até julga que estão aumentadas.



MITO OU REALIDADE?

A nicotina é uma droga.

VERDADE

A nicotina é uma substância psicoactiva presente no tabaco com efeitos estimulantes no Sistema Nervoso Central, que causa enorme dependência. A paragem do consumo gera sintomas de abstinência como: intranquilidade ou excitação, ansiedade e agressividade, dificuldade de concentração, aumento do apetite e peso corporal, entre outros.



MITO OU REALIDADE?

Misturar álcool com outras drogas, incluindo analgésicos e anti-histamínicos, pode ser perigoso.

VERDADE

A mistura de álcool com certos tipos de medicamentos, pode intensificar o seu efeito e causar reacções muito negativas.



MITO OU REALIDADE?

Misturar álcool com outras drogas, incluindo analgésicos e anti-histamínicos, pode ser perigoso.

VERDADE

Não é aconselhável tomar ecstasy com bebidas alcoólicas ou açucaradas, isto porque aumenta a possibilidade de desidratação. O consumo de MDMA deverá ser acompanhado de ingestão de água e de pausas regulares.



MITO OU REALIDADE?

Misturar álcool com outras drogas, incluindo analgésicos e anti-histamínicos, pode ser perigoso.

MITO

O THC, princípio activo da marijuana, acumula-se nos tecidos adiposos (gorduras) do organismo e pode ser detectável numa análise à urina durante dias, até meses, dependendo da quantidade e frequência do consumo.

MITO OU REALIDADE?

O álcool não é uma droga.

MITO

O álcool, apesar de ser legal, é uma droga, uma vez que tem efeitos no Sistema Nervoso Central, provocando alterações da percepção, da motricidade, dos reflexos, da capacidade de avaliação das situações e pode provocar dependência física e psíquica. Em Portugal calcula-se que existam mais de meio milhão de alcoólicos crónicos.



MITO OU REALIDADE?

As saídas em grupo só são divertidas se toda gente beber.

MITO

A capacidade de as pessoas se divertirem tem a ver com o convívio que se estabelece entre elas, os laços que se criam, o contexto em que os encontros acontecem e não com o consumo de substâncias psicoactivas.



MITO OU REALIDADE? FUMAR TABACO É PIOR QUE FUMAR HAXIXE.

MITO

De um modo geral fuma-se haxixe misturado com tabaco, pelo que os efeitos da nicotina são acrescidos aos efeitos das diversas substâncias que compõem o haxixe, como a goma arábica e outras, que têm efeitos nocivos ao nível pulmonar.



MITO OU REALIDADE?

FUMAR TABACO É PIOR QUE FUMAR HAXIXE.

MITO

Não é sempre assim. Com alguma frequência o consumidor somatiza e amplia angústias e estados de espírito e a experiência pode não ser muito agradável, podendo ocorrer ansiedade, ataques de pânico e paranóia.



MITO OU REALIDADE?

COM O HAXIXE NÃO SE CORRE O RISCO DE TORNAR DEPENDENTE.

MITO

Embora o Haxixe aparentemente não induza dependência física, alguns factores individuais e sociais podem levar à necessidade de um consumo compulsivo e à dependência psicológica.




MITO OU REALIDADE?

AS PASTILHAS SÃO INOFENSIVAS PORQUE NÃO CAUSAM DEPENDÊNCIA FÍSICA.

MITO

Embora não provoquem dependência física, o seu consumo pode levar à existência de dependência psicológica, ou seja, uma necessidade compulsiva de consumo, que pode ser facilitado pelos contextos de diversão.



MITO OU REALIDADE?

TODAS AS PASTILHAS SÃO ECSTASY (MDMA).

MITO

Não é verdade. Um dos problemas do consumo de pastilhas advém do facto de não se saber que substâncias contêm. Investigações laboratoriais demonstram que a grande maioria das pastilhas não contêm MDMA (ecstasy) mas sim outras substâncias cujos efeitos podem ser inesperados e de difícil controlo.




MITO OU REALIDADE?

TODAS AS PASTILHAS SÃO ECSTASY (MDMA).

MITO

A cocaína é um estimulante do Sistema Nervoso Central que permite realizar actividades num ritmo acelerado, muitas vezes confundido com um aumento de rendimento e de capacidades intelectuais. Com o consumo continuado aparece um efeito paradoxal de depressão que pode desencadear paranóia e mesmo psicoses.



MITO OU REALIDADE?

A COCAÍNA CAUSA UMA ELEVADA DEPENDÊNCIA PSICOLÓGICA

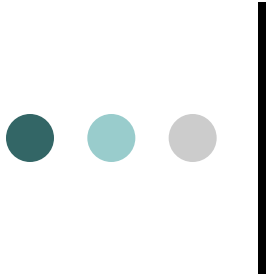
VERDADE

A cocaína é uma das drogas que mais facilmente cria dependência psicológica, mesmo quando consumida em poucas ocasiões. A curta duração dos seus efeitos provoca um enorme desejo de repetir os consumos, dando facilmente origem a uma utilização compulsiva.



Anexo VI

Resultados do Questionário de Avaliação Inicial



Ministério da Saúde

IDT

DRN/NAT

Projecto Integrado de Apoio À Comunidade

Coordenadora do PIAC Dra. Albina Sousa



OPORTO BRITISH SCHOOL

Promoção de Estilos de vida Saudável

- “Prevenir o consumo de substâncias psicoactivas, em meio escolar, nos jovens”



PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Objectivo geral:

- Prevenir o consumo de substâncias psicoactivas, em particular, tabaco, bebidas alcoólicas e cannabis, como forma de promover e reforçar estilos de vida saudáveis no jovem



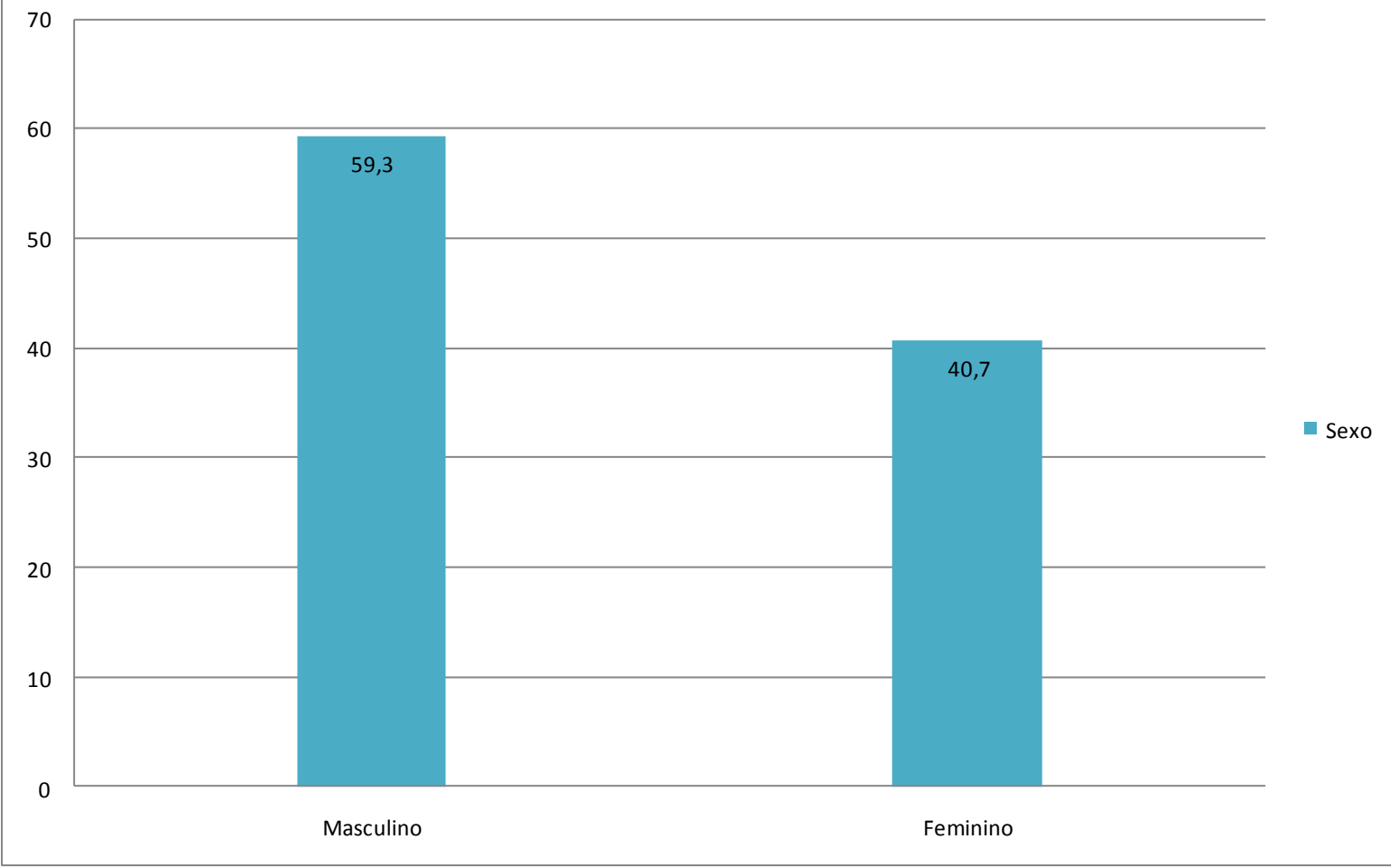
PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Objectivos específicos:

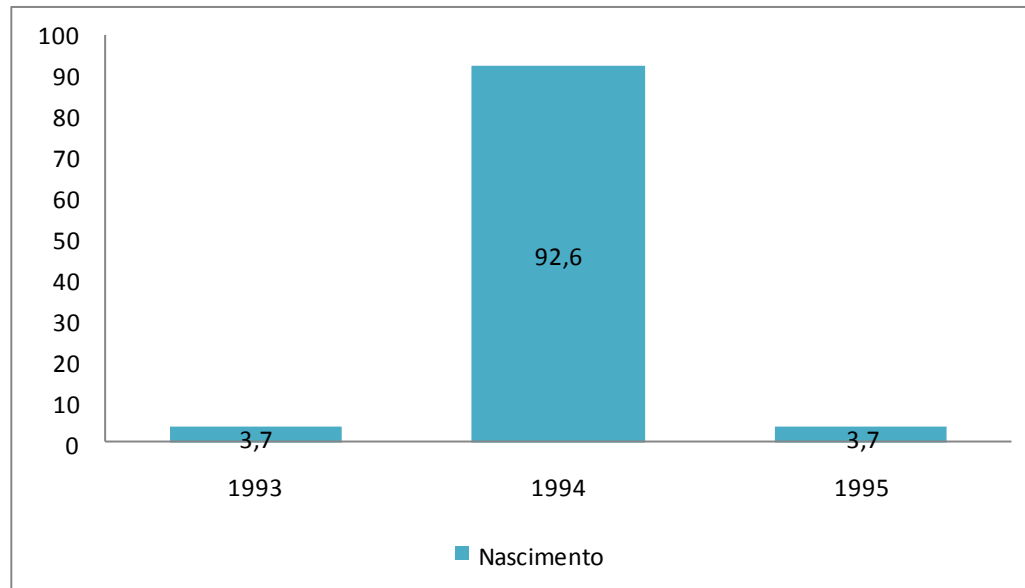
- Transmitir aos alunos os resultados dos dados recolhidos, realçando a percepção destes, perante algumas variáveis;
- Criar situações de debate perante alguns resultados obtidos, tendo em conta os conhecimentos adquiridos na 1ª sessão;
- Ajudar os alunos na interpretação e interiorização dos conhecimentos adquiridos;
- Capacitar o jovem de saberes preventivos de forma a resistir à curiosidade de experimentar o efeito dessas substâncias;
- Munir o jovem de auto-defesas em relação à pressão dos pares, à oferta de rua, aos desejos de afirmação, de testar limites e transgredir regras



Sexo

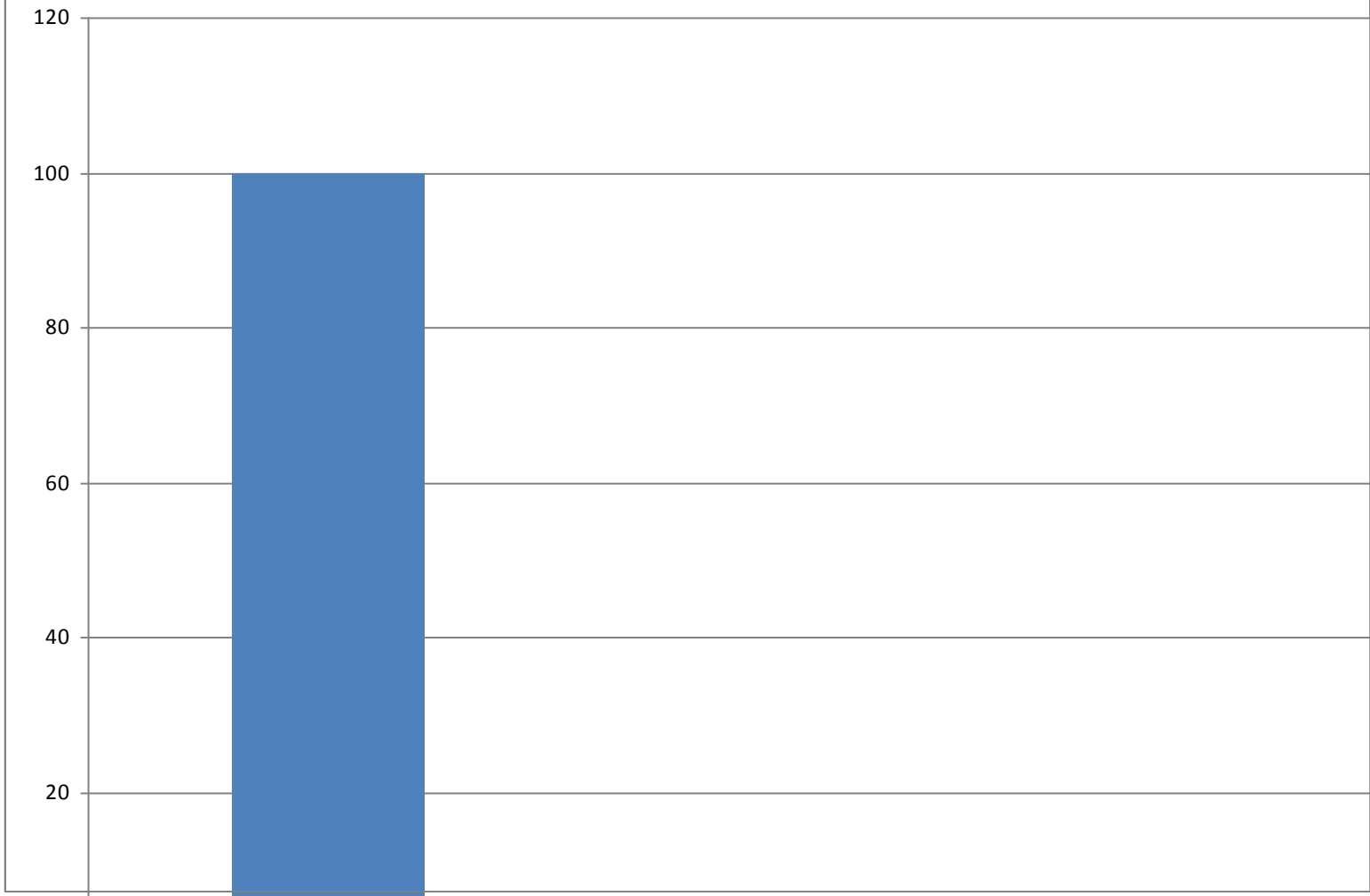


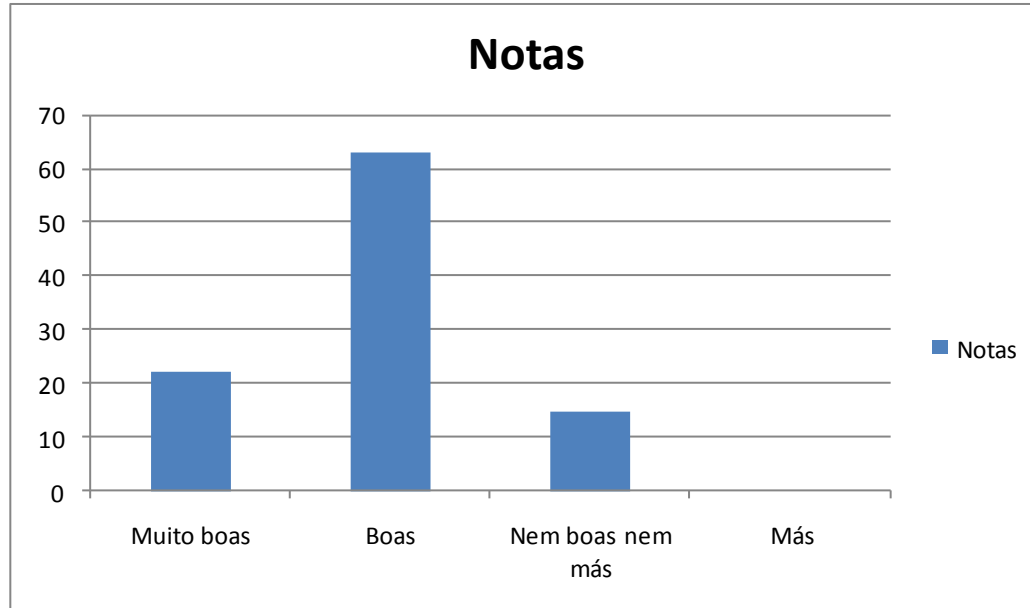
Ano de Nascimento





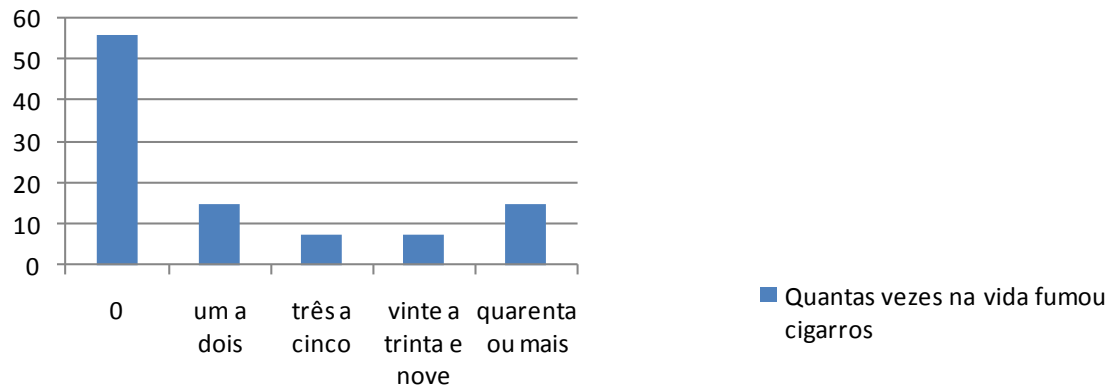
Residentes no Concelho do Porto





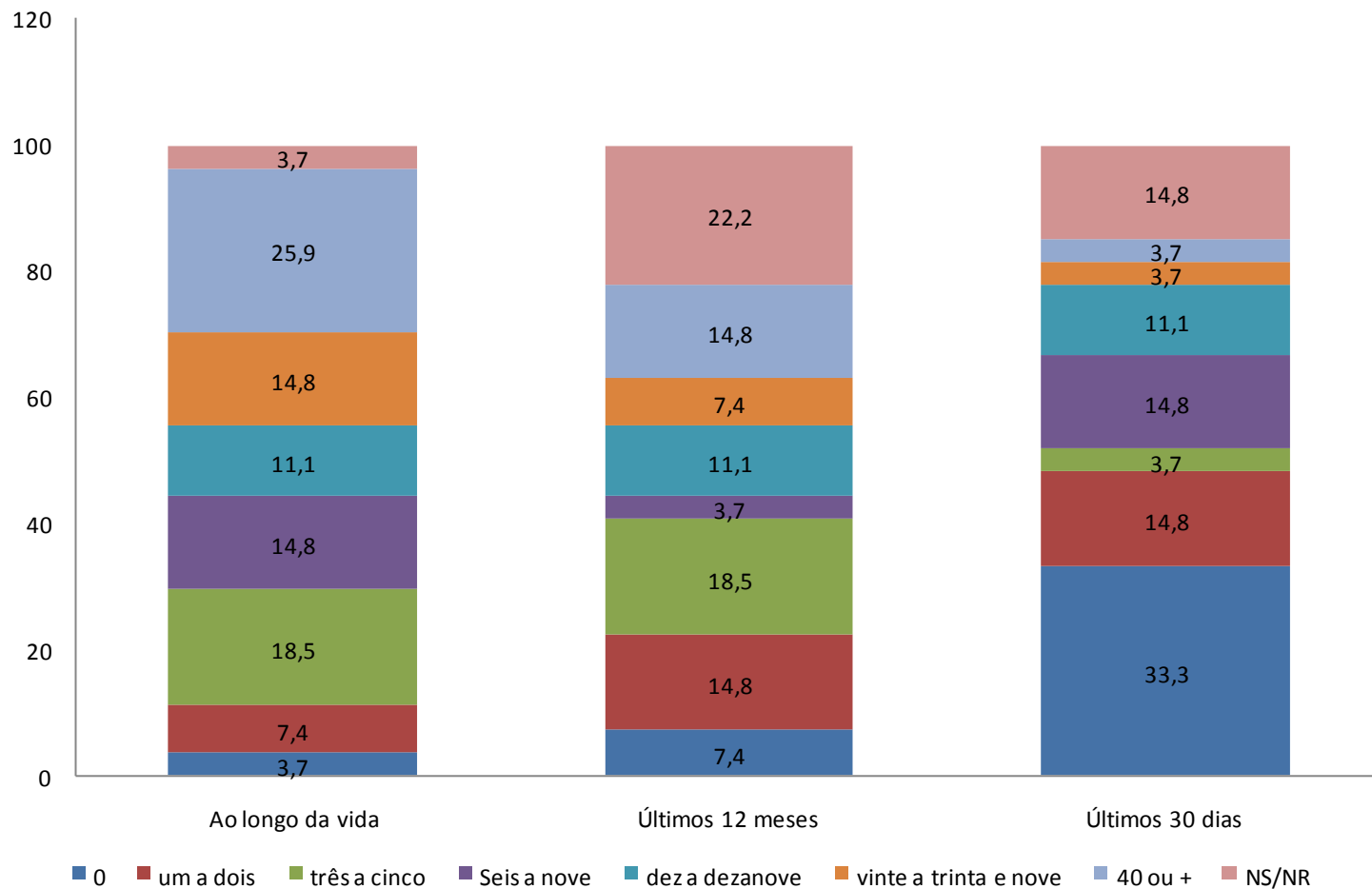


Quantas vezes na vida fumou cigarros



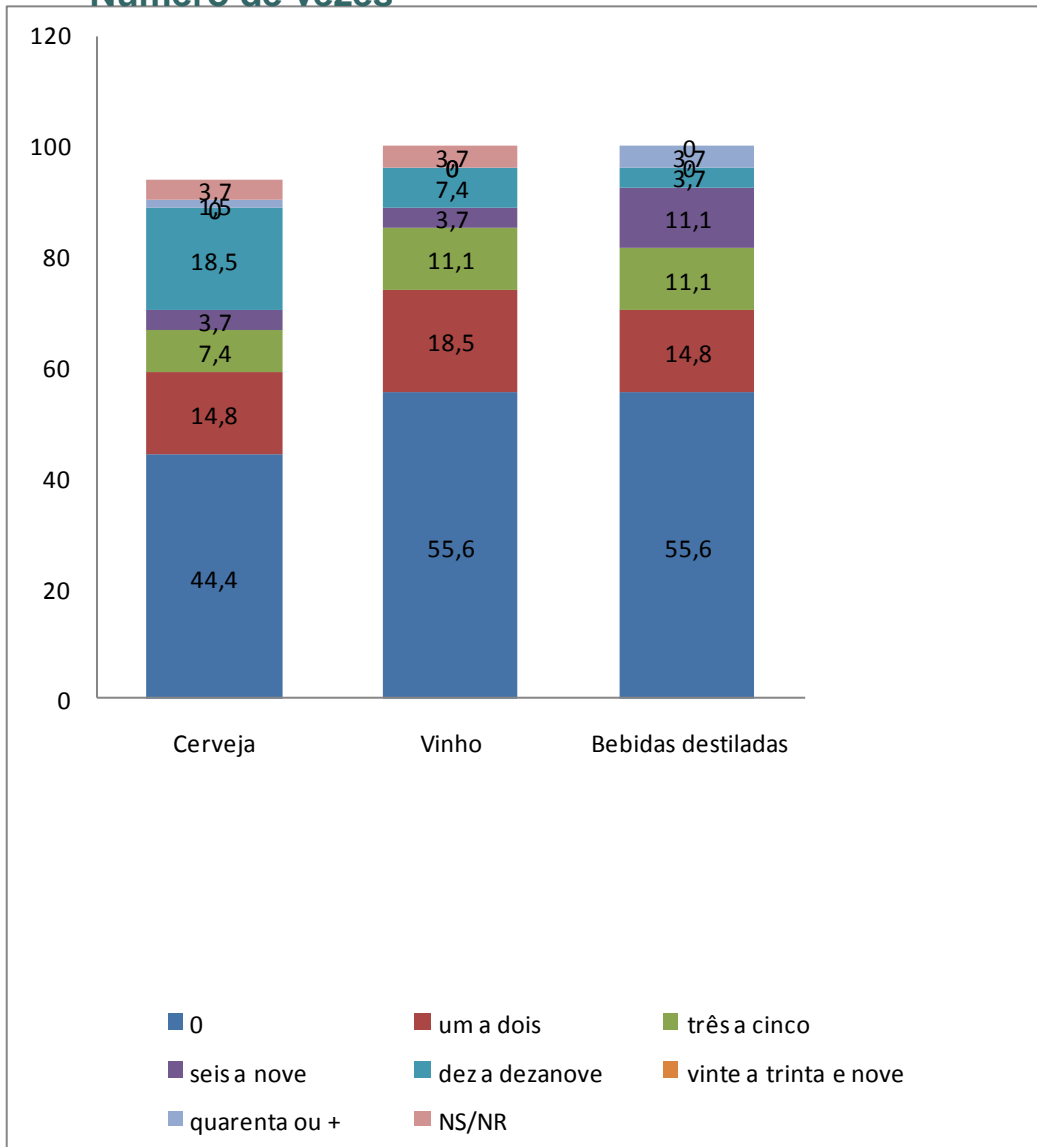
Bebidas Alcoólicas

Numero de vezes

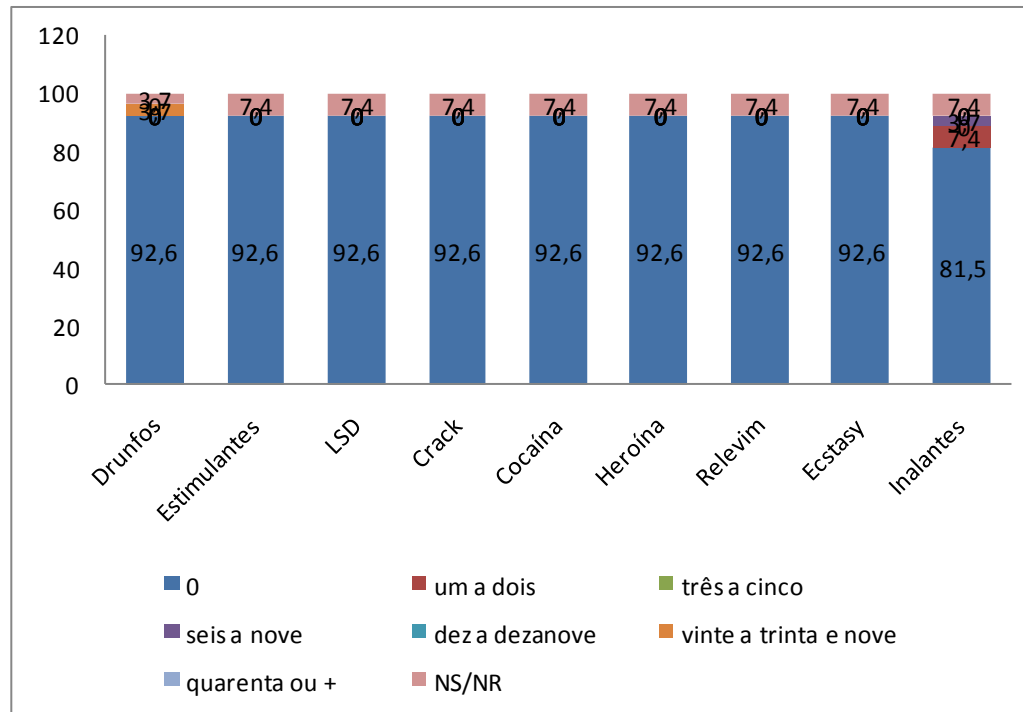


Bebidas Alcoólicas

Numero de vezes

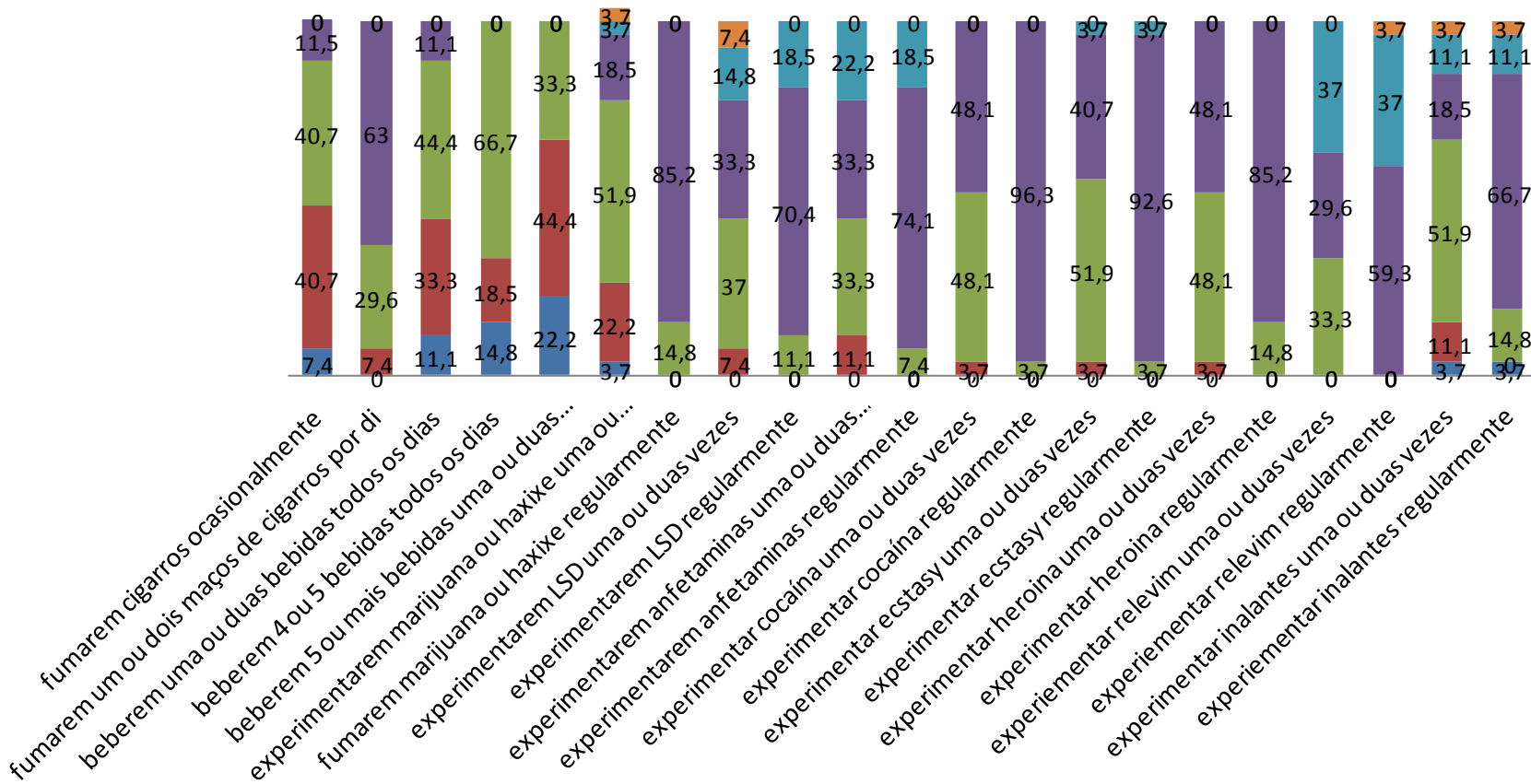


Quantas vezes usaram as seguintes drogas

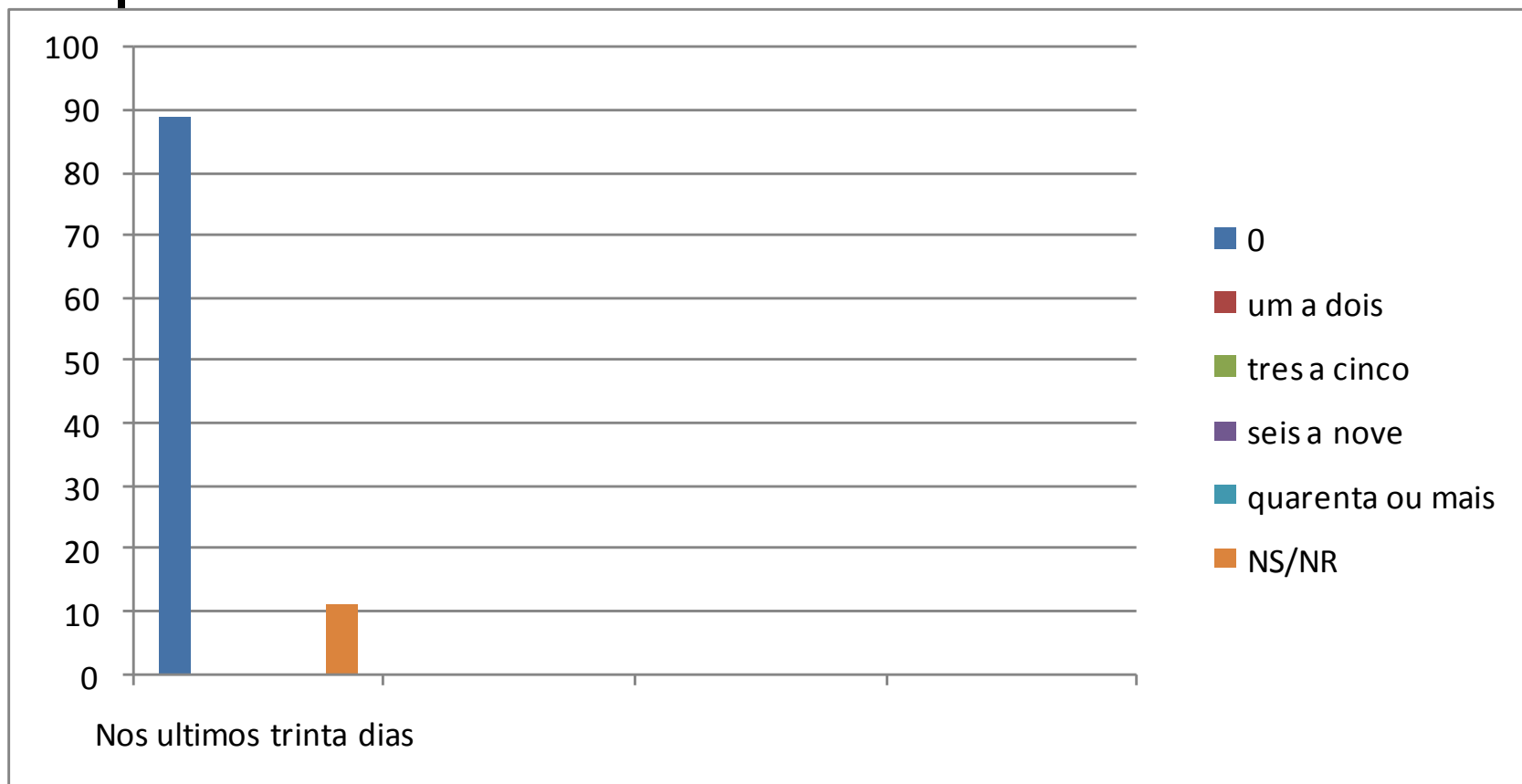


Que risco correm as pessoas de se prejudicarem

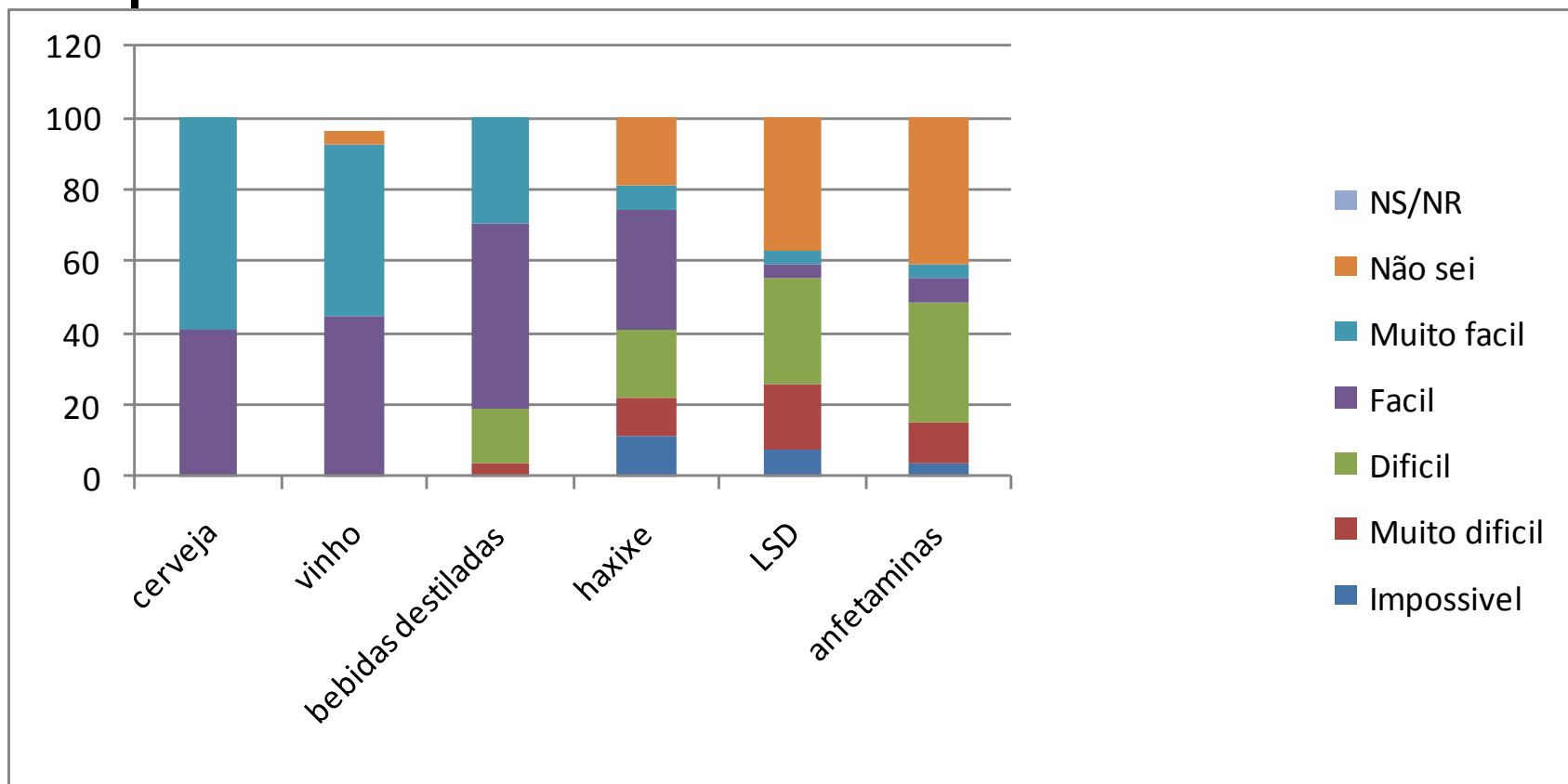
■ NR
 ■ não sabe
 ■ elevado risco
 ■ moderado risco
 ■ baixo risco
 ■ nenhum



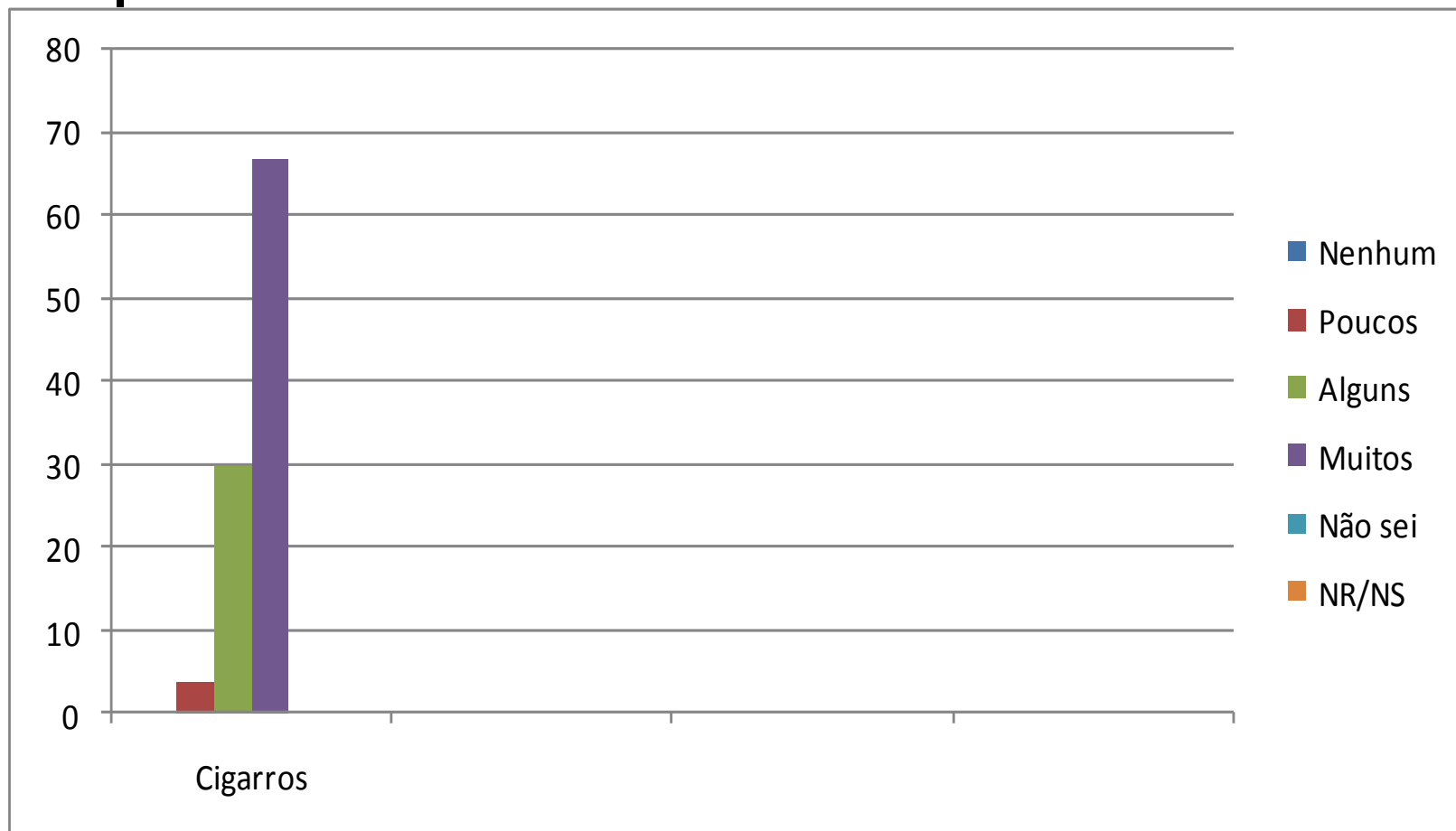
Quantas vezes consumiram haxixe



Em que medida seria difícil obter as seguintes substâncias, caso estivesse interessado

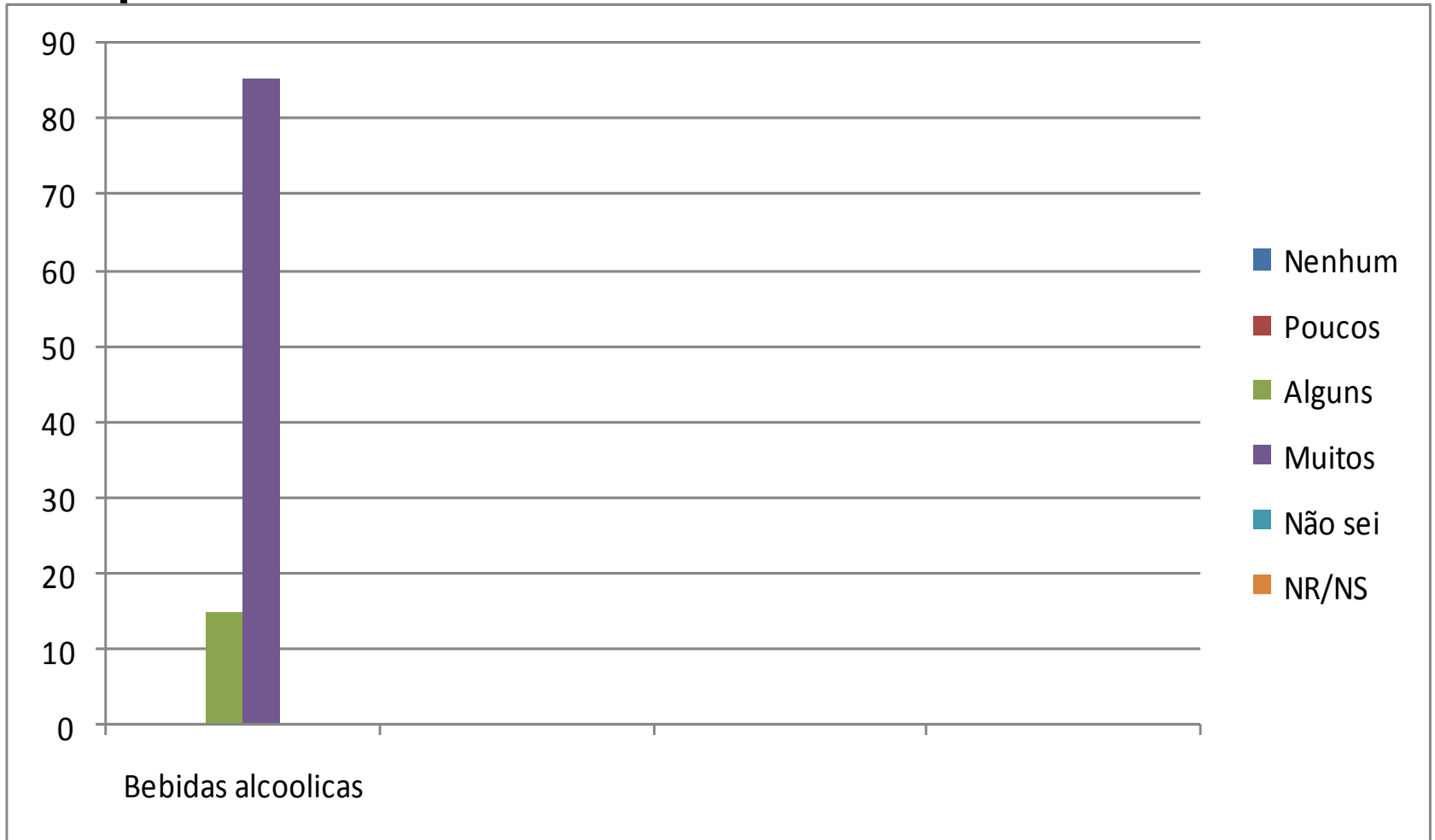


Quantos amigos seus acha que fumam cigarros

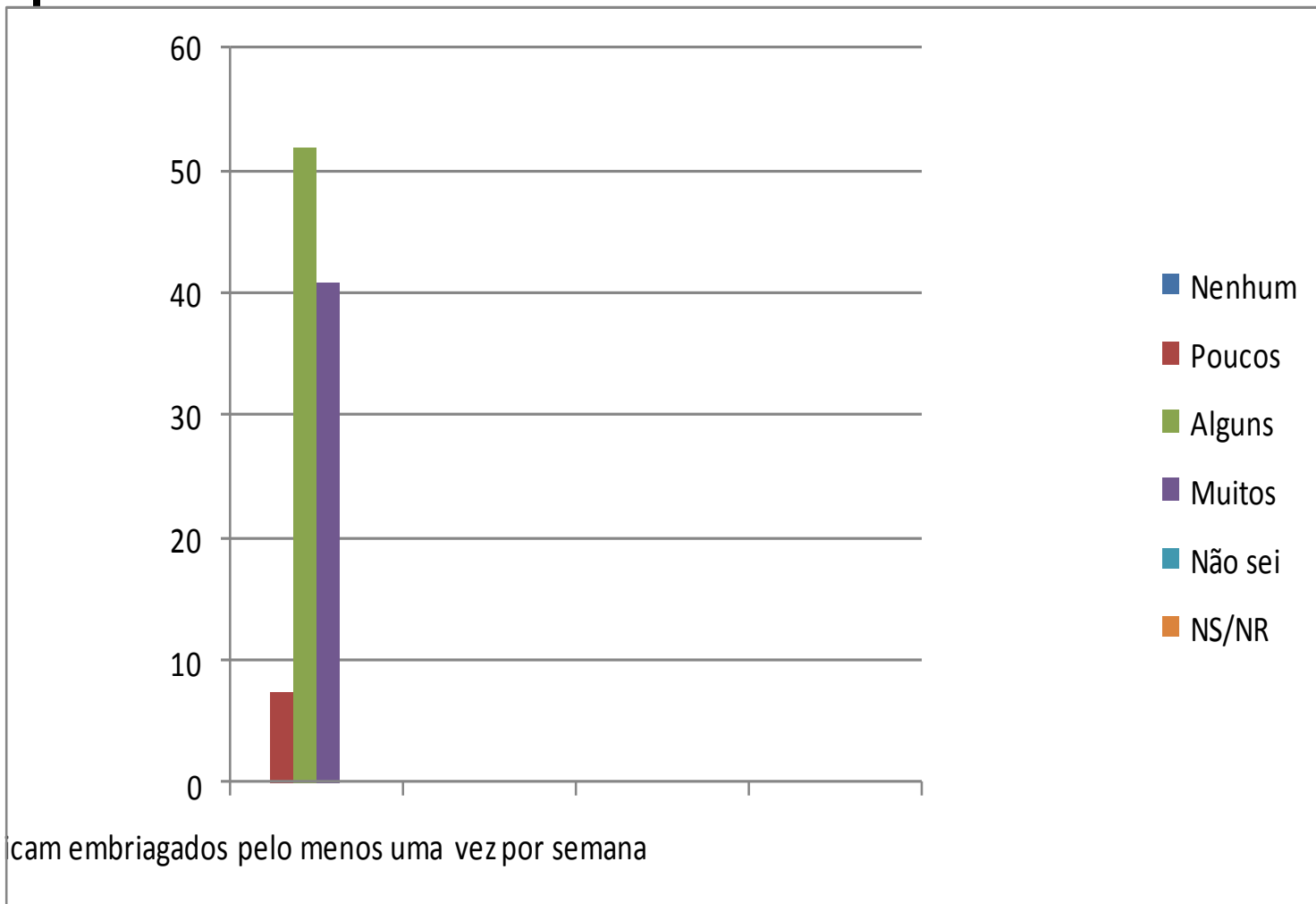




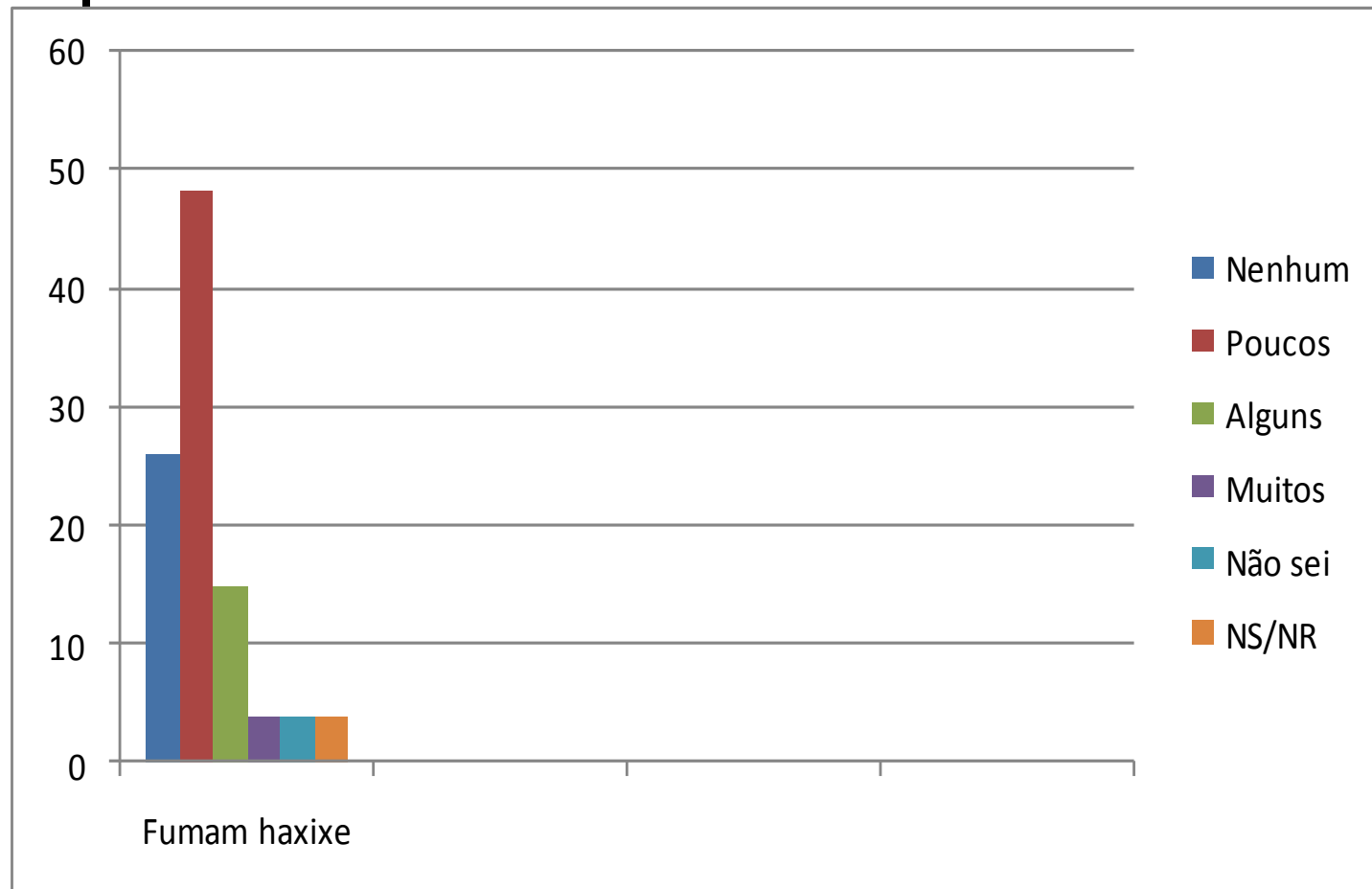
Quantos amigos seus acha que bebem álcool



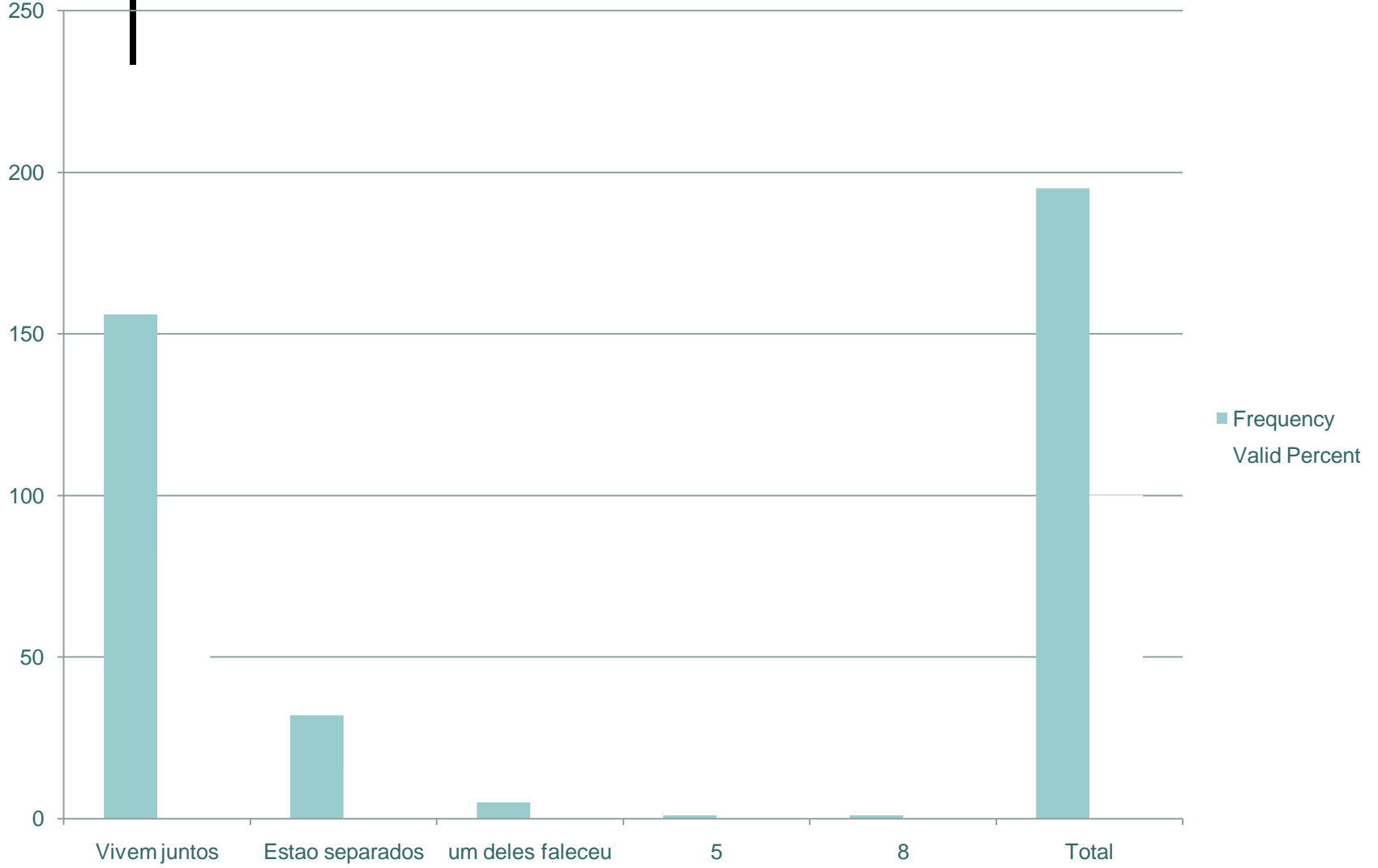
Quantos amigos seus ficam embriagados pelo menos uma vez por semana



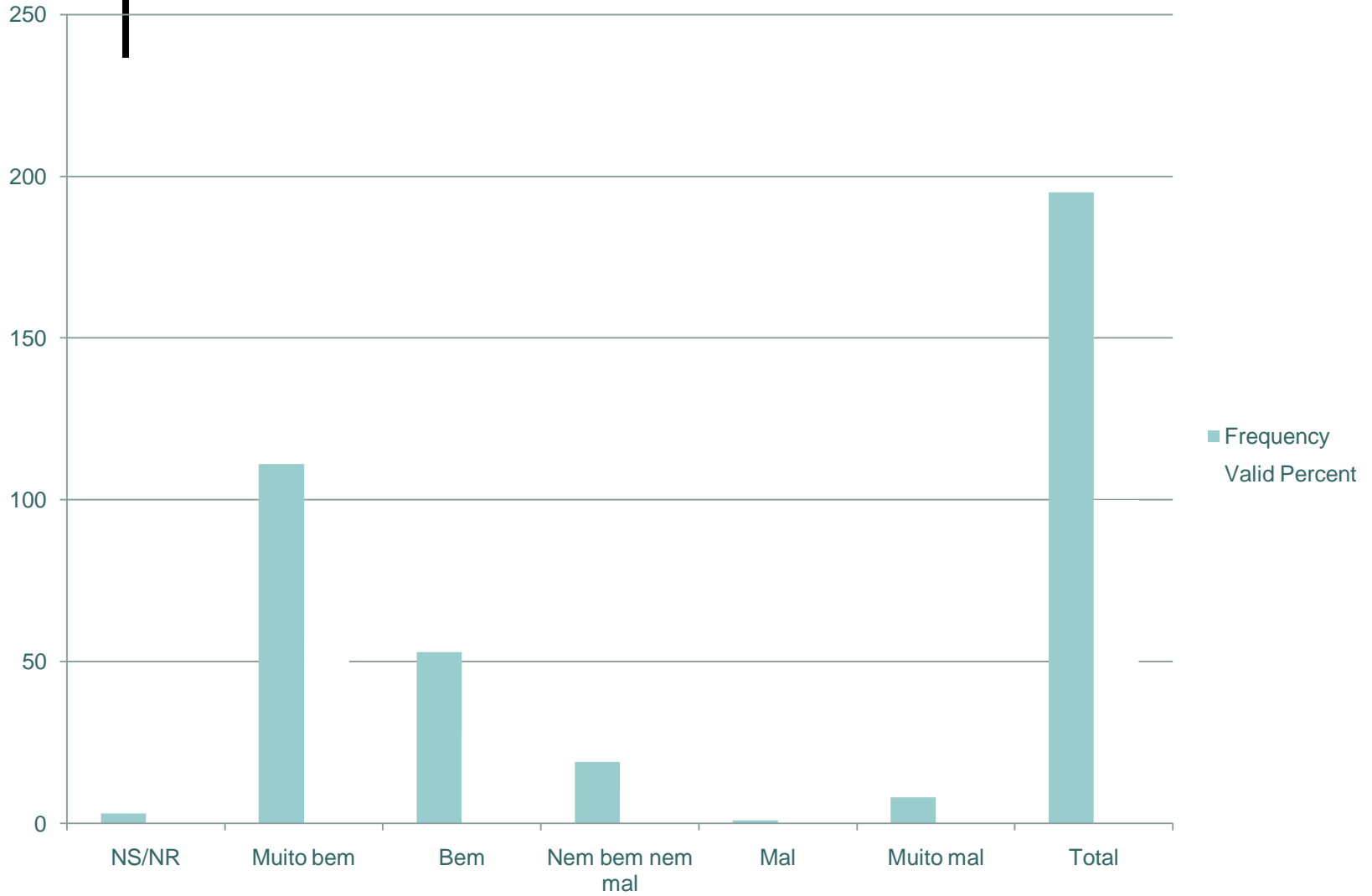
Quantos amigos seus fumam haxixe



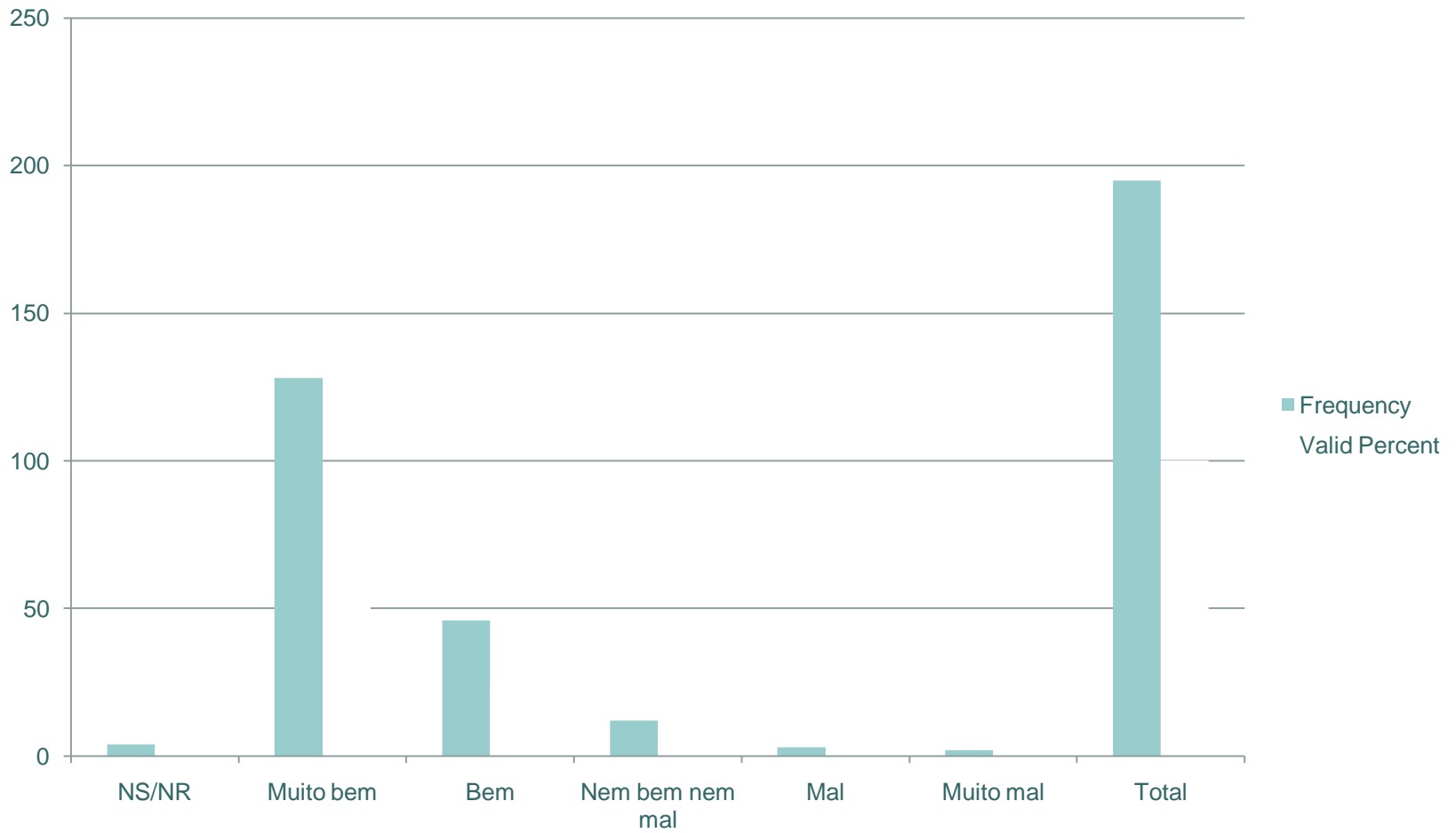
Pais Vivem juntos



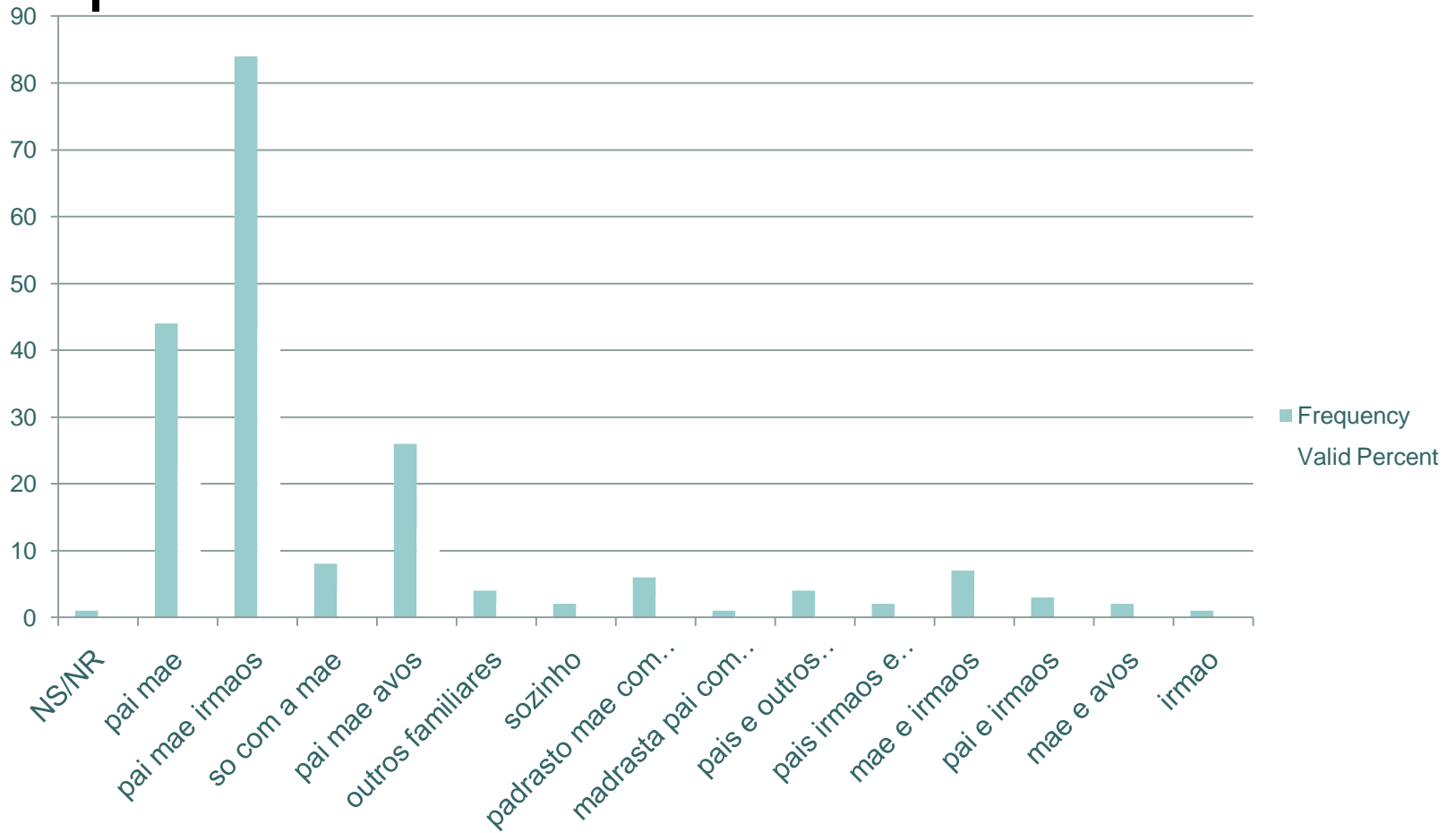
Como se entende com o pai



Como se entende com a mãe



Que pessoas vivem em casa



Anexo VII

Bullying - Sessão de Formação



Bullying

- Designa um processo de abuso e intimidação sistemática por parte de uma criança sobre outra que não tem possibilidade de se defender.
-

Bullying

Crítérios (Slee, 1995):

- Um desequilíbrio de forças, físico ou psicológico, entre o *bully* e a vítima;
 - Acções negativas repetidas contra um ou mais indivíduos;
 - Intenção deliberada de magoar o outro quando o acto agressivo é claramente não provocado.
-

Bullying – Acções

- Verbal (pôr alcunhas, troçar, ridicularizar, insultar, ameaçar, humilhar)
- Emocional (chantagem)
- Física (bater, dar cotoveladas, pancadas, encontrões, pontapés)
- Social (exclusão, intimidação, ignorar)
- Sexual (abusos, gestos, mensagens sexuais)
- Ataques à propriedade (furto, extorsão, destruição deliberada de materiais/objectos)
- Cyberbullying

Os actores do *bullying*

- **Agressor** ou *bully*, que utiliza estratégias negativas para manter o poder e o domínio não só sobre a vítima, mas também sobre grande parte dos colegas;
 - Uma ou várias **vítimas**, numa posição de desvantagem;
 - **Espectadores**, ou seja, os restantes colegas que observam e não relatam o que se passa.
-

Intervenientes - Características

■ Víctimas

- ✓ Baixo bem-estar psicológico
 - ✓ Ajustamento social pobre
 - ✓ Stress psicológico
 - ✓ Mal-estar físico
-

Intervenientes - Características

■ ***Bullies***

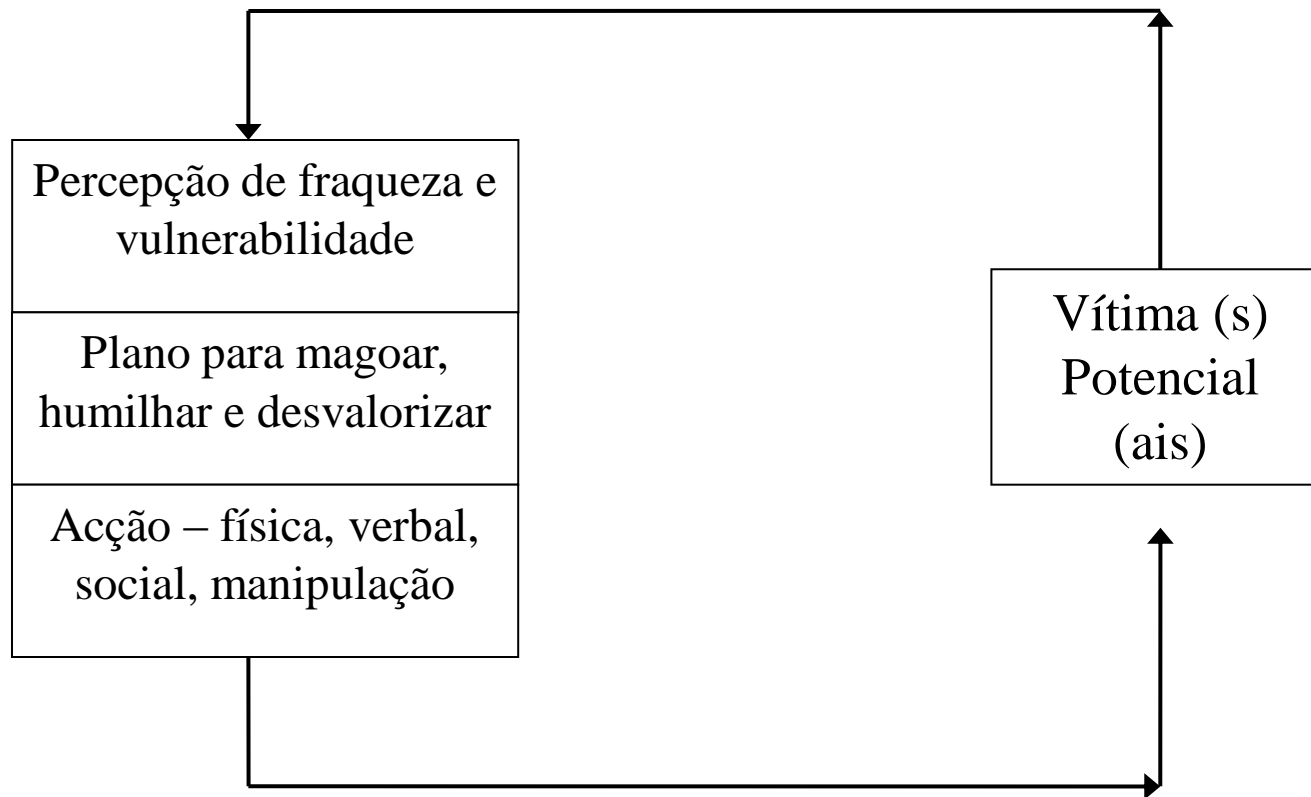
- ✓ Ascendente físico ou psicológico sobre o grupo
 - ✓ Pouca interiorização de regras e limites
 - ✓ Pouca noção de culpa, remorso ou capacidade de reparação
 - ✓ Padrão de relação de sadismo
 - ✓ Baixo rendimento escolar
-

Intervenientes - Características

■ **Vítimas – *bullies***

- ✓ ↑ problemas de comportamento
 - ✓ Competências físicas similares aos bullies
 - ✓ Competências escolares, aceitação social, auto-confiança global e depressão similares às vítimas
 - ✓ ↑ sintomas tanto de externalização como de internalização;
-

Bullying como um processo



Rigby, 1999

“A criança tem angústias que descarrega partindo objectos, estragando coisas, batendo nos companheiros, fazendo partidas. É através do corpo e do movimento que a criança começa a exprimir o sofrimento e o que vai no seu mundo interno, não tendo a maior parte das vezes a noção de que aquilo pode ser dito.”

João dos Santos

Intervenção / Prevenção

Informação

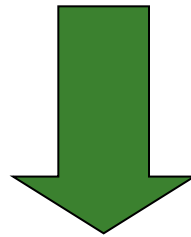
- Melhor identificação → Melhor actuação
- Benefícios da denúncia
- Não minimizar → ↑ mobilização
- Estimular a negociação, a mediação e a arbitragem → Enfrentar de forma construtiva os conflitos

O *bully*

- Não gritar nem desafiar
 - Consciência do comportamento
 - Ensinar a respeitar-se
 - Manter controlados os cenários de conflito
-

A vítima

- Recuperar o amor-próprio e capacidade de relacionamento
- Aprender a proteger-se
- Mostrar apoio e confidencialidade
- “Mereço respeito”



Observadores não são “inocentes”

Na internet

- www.bullying.co.uk
 - www.nobully.org.nz
 - www.kidshelp.com.au
 - www.bullyonline.org
 - www.bullying.com.br
 - www.tu-alinhas.pt/InfantoJuvenil
-

PIAC

Projecto Integrado de Apoio à Comunidade

Bullying



“ Pouco amor e demasiada liberdade na infância contribuem fortemente para o desenvolvimento do Bullying”

Olweus (1993, p. 30 in Moeller, 2001)

Segundo Dan Olweus (1991) um aluno é vítima de Bullying / provocação " quando está exposto, repetidamente e ao longo do tempo, a acções negativas da parte de uma ou mais pessoas".

Tipos de bullying/ provocação

- Insulto, mentira, boatos
- Intimidação, ameaça
- Gozo, troça
- Roubo, extorsão, agressão física, dano de objectos
- Utilização de armas
- Comentários ou gestos ordinários, e/ ou piadas sexuais
- Abuso ou assédio sexual
- Exclusão social, exclusão de actividades/ brincadeiras de propósito e discriminação pela cor da pele, religião, etc.

O bullying/ provocação difere de outros comportamentos violentos por três critérios (Olweus, 1994):

- Intencionalidade do comportamento
- Comportamento repetido ao longo do tempo
- Desequilíbrio de poder entre o provocador e a vítima

Perfil do agressor:

- Extroversão
- Desejo de domínio, poder e intimidação
- Atitude tirânica recorrente
- Atitudes delinquentes
- Desrespeito pelas normas/ direitos dos outros
- Fraco envolvimento escolar e com os professores
- Baixo rendimento escolar
- Elevada auto - estima

Perfil da vítima:

- Baixa auto - estima
- Ansiedade/ medo / fobias
- Sintomas físicos (dores de estômago, etc)
- Sintomas psicológicos (tristeza, etc)
- Isolamento social / timidez
- Angústia, stress
- Dificuldades de concentração, atenção e aprendizagem
- Fraco envolvimento ou mesmo abandono escolar
- Propensão para o suicídio

- Família monoparental

Segundo Mellor (1990) existem três pré - requisitos básicos para uma política anti - bullying com sucesso:

1. **Identificação** - reconhecimento que o problema possa existir
2. **Abertura** - clima onde o bullying pode ser discutido
3. **Controlo** - pais, professores e alunos devem estar envolvidos na política anti - bullying

Consequências do Bullying:

Para a vítima:

- Perturbações emocionais
- Dificuldade de concentração na escola
- Medo de ir para a escola
- Maior propensão à depressão
- Suicídio

Para o agressor:

- Preditor da delinquência na adolescência
- Maior risco de se envolver mais tarde em problemas que envolvem comportamentos agressivos e anti - sociais

Para os outros:

- Quando ocorre na escola leva às outras crianças a mostrar comportamentos de ansiedade e medo de ser a próxima vítima
- Este tipo de aprendizagem inibe a aprendizagem e encoraja o absentismo escolar (Rose, 1996).

Causas do Bullying (Olweus, 1993):

- 1) Atitudes negativas por parte dos pais à criança agressora (fraco envolvimento emocional)
- 2) Ausências de limites imposto pelos pais à criança
- 3) Uso por parte dos pais de técnicas assertivas (violência física)
- 4) Temperamento do menor

Existem dois tipos de Bullying:

Bullying directo:

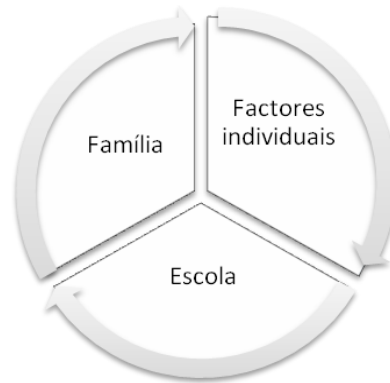
Atitudes de indiferença
Difamação
Negação dos desejos
Isolamento

Bullyind indirecto:

ofensas verbais
roubos
ameaças
agressões físicas

Intervenção no Bullying

O plano de intervenção engloba três domínios de intervenção:



Olweus (1991, 1993, 1994) recomenda que o foco de intervenção se centre em diferentes níveis:

- Escola (melhor supervisão)
- Turma (regras contra o bullying / provocação)
- Indivíduo (apoio individualizado a vítimas e provocadores)
- Família (ajudar os pais a reconhecer os sinais de uma situação de provocação e ajudar o filho, quer seja provocador ou vítima).

Objectivos específicos:

- Estabelecer uma relação empática e comunicativa entre alunos e professores
- Promoção do convívio em contexto escolar
- Promoção das relações entre pares
- Dotar os alunos de competências sociais, de autocontrolo e regulação emocional
- Promover o envolvimento de toda a comunidade escolar em campanha anti - bullying
- Promover o envolvimento em actividades interactivas sobre o tema
- Consciencialização de toda a comunidade académica sobre os comportamentos de bullying e das suas consequências

Respostas escolares ao bullying / provocação entre pares:

- Avaliar o problema na própria escola
- Efectuar a identificação das actividades de bullying / provocação
- Estabelecer regulamentos escolares com regras claras para os alunos, utilizando sanções não hostis e não físicas

- Envolver e apoiar os pais
 - Abrir canais de comunicação entre os pais e educadores
 - Ajudar os professores, alunos e outros agentes educativos a identificar os estudantes em maior risco de envolvimento em comportamento de bullying / provocação
 - Efectuar o registo de incidentes de bullying / provocação
 - Estimular o envolvimento de alunos e professores na avaliação do sucesso da escola em lidar com os problemas associados ao bullying / provocação
 - Criar serviços de aconselhamento para os provocadores e para as vítimas.
- Intervir no Bullying.

Aos directores, coordenadores e professores das escolas:

- Promover debates sobre o bullying nas turmas
- Estimular os estudantes a fazer pesquisas sobre o tema
- Sensibilizar os alunos para a intolerância de práticas de bullying no contexto escolar
- Proporcionar a oportunidade dos próprios alunos criarem regras de disciplina para as suas próprias turmas
- Incentivar os alunos para pensarem em soluções para modificar este tipo de comportamentos
- Sempre que ocorrer uma situação de bullying é fundamental intervir directamente no problema conversando com os autores e alvos
- Solicitar a participação dos pais dos menores envolvidos no bullying no sentido de encontrar soluções com a escola
- Promover o diálogo com a turma no sentido de discutir a necessidade de respeitar as diferenças de cada um.

Programa de intervenção no Bullying



Programa de intervenção antibullying de Olweus's

Olweus enfatiza a importância de envolver toda a escola para assegurar os direitos das potenciais vítimas. O programa foi criado tendo em conta a natureza do bully, natureza da vítima e a maneira como outros reagem ao bullying.

O programa é baseado nos seguintes princípios:

- 1) Ambiente escolar deve ser caracterizado por um envolvimento dos adultos na criação de limites firmes sobre os comportamentos considerados não aceitáveis.
- 2) Em casos de violação das normas e situações de bullying devem ser aplicadas sanções não hostis de forma consistente
- 3) Os adultos devem desempenhar na escola um papel de monitorização e supervisão das actividades dos estudantes
- 4) Adultos devem reagir como figuras de autoridade pelo menos em relação a alguns aspectos.

O programa envolve uma intervenção ao nível:

- **Escola**
- **Classe**
- **Nível individual**

No sentido de obter sucesso, Olweus (1993) considera que os programas antibullying devem envolver toda a escola. As componentes do programa que propõem englobam:

1. Nível da escola

- Supervisão dos adultos - porque a maior parte das situações de bullying ocorre na escola é importante existir uma adequada supervisão dos adultos na escola e na sala de aula. A supervisão dos adultos deve ser com a atitude " Nós não aceitamos o bullying", devem estar preparados para intervir o mais rápido possível e devem estar preparados para intervir rapidamente e decisivamente. Em adição, o ambiente fora da escola deve ser condutor de actividades pró - sociais.
- "linha telefónica" - deve existir um staff treinado para responder a chamadas telefónicas de estudantes e pais de forma confidencial
- Grupos de discussão de pais - a escola deve organizar grupos pequenos de pais que devem ser suportados por técnicos e que promovam a discussão sobre o bullying

2. Nível da sala de aula

Além da escola, a sala de aula deve enfatizar interações pró - sociais assim como proibir situações de bullying.

- Regras na sala de aula - cada sala de aula deve especificar uma ou mais regras específicas e explícitas em relação ao bullying. Isto deve ser implementado a partir de material visual como vídeos sobre bullying. Deve ser dito que a participação passiva das crianças no bullying não é apropriada.
- Informação sobre comportamentos antibullying - as crianças devem receber informação dos professores sobre comportamentos de bullying.
- Sanções para o bullying - os professores devem coordenar sanções contra o bullying com os administradores da escola. As sanções devem incluir " conversas sérias" com os estudantes, colocar o aluno numa outra turma, retirar ao estudante de alguns privilégios.
- Reuniões de turma - devem ser realizadas reuniões de turma com regularidade para discutir o bullying e outras questões.
- Aprendizagem cooperativa - esta técnica pode ensinar à criança melhores interações sociais e competências de " auto - responsabilidade".

3- Nível individual

O envolvimento no bullying requer uma interação entre o bully e a vítima ou ambos.

- Conversa séria com o bully - o primeiro objectivo não é "compreender" o bullying mas fazer parar o bully. A primeira mensagem deve ser " nós não aceitamos o bullying na nossa escola/ sala de aula e fazer ver ao bully que esta situação tem que acabar (Olweus, 1993, p.97)
- Falar com a vítima - é fundamental que os professores garantem a protecção da vítima
- Falar com pais - é apropriado para a escola conversar com os pais do bully e da vítima. O objectivo deste encontro é estabelecer uma comunicação com os pais e suportar os mesmos a desenvolver influência sobre os filhos.

A avaliação do programa de Olweus foi promissor. O programa obteve 50% de redução do bullying para rapazes e raparigas em 20 meses (Olweus, 1993).

Mais sobre o bullying e delinquência juvenil...

Matos, M. G - *Comunicação, gestão de conflitos na escola*. Lisboa: CDI/FMH/UTL, 1998.

Matos, M. G. *E EQUIPA DO PROJECTO AVENTURA SOCIAL - A saúde dos adolescentes portugueses em 2006*. Lisboa: CDI/ FMH/UTL.

Matos, M.; Negreiros, J.; Simões, C.; Gaspar, T. (2009). *Violência, Bullying e delinquência - gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa: Coisas de ler.

Moeller, T. (2001) *Youth aggression and violence*. London: Lawrence Erlbaum Associates

Negreiros, J. - *Delinências juvenis: Trajectórias, intervenções e prevenção*. Lisboa: Editorial Notícias, 2001.

Olweus, D. - *Bully/ victim problems among school children : Basic effects of a school based intervention program*. In D. Pepler & K. Rubin (Eds.). *The development and treatment of childhood aggression*. New Jersey: Erlbaum, 1991. Pg. 411 - 448.

Olweus, D. - *Bullying at school*. Oxford e Cambridge: Blackwell, 1993.

Anexo VIII

Questionário de Nomeação de Pares

Questionário De Nomeação De Pares*

Escola:

Turma:

Data:

Sexo:

Idade:

Pensa nas coisas que acontecem com frequência na escola e responde (só se tiveres uma ideia clara) com toda a **sinceridade** até 3 nomes em cada pergunta:

- A) Quem dos colegas da tua turma bate, dá pontapés, empurra, prega rasteiras aos outros?

- B) Quem dos teus colegas da tua turma grita, insulta, chama nomes, ou chateia os outros?

- C) Quem dos colegas da tua turma conta mentiras e diz coisas más nas costas do outro, ou tenta fazer com que não gostem de alguém?

- D) Quem dos teus colegas da tua turma normalmente apanha murros, pontapés ou empurrões?

- E) Quem dos colegas da tua turma é ameaçado, insultado, chamam-lhe nomes ou gozam com ele?

F) Quem dos colegas da tua turma é ignorado completamente, contam mentiras sobre ele levando a que os outros não gostem dele ou o deixam fazer parte do seu grupo de amigos?

G) Quem dos colegas da tua turma procura resolver os problemas com os outros de uma forma que ninguém se magoe ou fique triste, por exemplo acalmando a situação ou falando sobre os problemas?

H) Quem dos teus colegas da tua turma se vai embora quando tem problemas com os outros?

I) Quando os colegas da tua turma têm problemas, quem se junta ao colega que está a fazer mal ao outro?

J) Quando os colegas da tua turma têm problemas, quem ajuda o colega que está a ser agredido?

K) Numa situação de agressão, quais são os colegas da tua turma que ficam quietos e calados, sem fazer nada?

Qual é o local onde habitualmente acontecem os problemas?

1. Na sala de aula.
2. Nos corredores e saídas da escola.
3. No recreio.
4. Na casa de banho.
5. No refeitório ou fila para a cantina.
6. No bar ou fila para comprar a senha.
7. Na sala dos alunos/sala de "convívio".
8. Em outro lugar da escola. Por favor escreve qual: _____

Anexo IX

Dossier de Actividades Terapêuticas

Dossier de Actividades

Relaxamento Progressivo de *Jacobson*

Tempo:40 min

Objectivos Gerais:

-Promover o relaxamento

Objectivos Específicos:

- Melhorar o humor
- Promover a gestão de delírio
- Melhorar insónia

Passos:

- Apresentar o grupo e o terapeuta
- Explicitar o objectivo da sessão
- Pedir ao grupo para se deitar nos colchões e promover o relaxamento (controlando o tom de voz e musica e efectuando exercícios de relaxamento)
- Ler o guião de exercícios de relaxamento por grupos musculares que se encontra padronizado no serviço.
- Efectuar a avaliação da sessão com o grupo

Avaliação:

É uma actividade onde os objectivos são facilmente atingidos e em geral o grupo fica bastante agradado. Nos utentes com delírio é o mais indicado pois concentram-se na voz do terapeuta e nas indicações a efectuar abstraindo-se dos “pensamentos”.

Técnica de relaxamento muscular progressivo (adaptação da técnica de Jacobson)

Assuma uma posição bem confortável, procurando respirar usando só a musculatura abdominal. Feche os olhos suavemente.

Feche a sua mão esquerda como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atenta para a sensação de tensão e memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calmamente e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contracção e a do relaxamento. Repita este movimento.

Agora dobre o pulso esquerdo para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço. Sinta a contracção e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está, procurando comparar e discernir a diferença entre as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contracção e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações. Respire tranquilamente. Repita.

Dobre o cotovelo. Sinta a contracção nesta musculatura e memorize-a. Agora relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal. Repita.

Feche a sua mão direita como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atenta para a sensação de tensão e memorizando-a. Agora relaxe, deixe a mão confortavelmente apoiada na superfície em que está. Respire calmamente e tranquilamente, procurando perceber a diferença entre as duas sensações, a da contracção e a do relaxamento. Repita este movimento.

Agora dobre o pulso direito para cima, elevando a palma da mão, sem movimentar o braço. Sinta a contracção e procure memorizar esta sensação. Relaxe, deixe a mão apoiada na superfície em que está, procurando comparar e discernir a diferença entre as duas sensações. Respire calma e tranquilamente, usando somente a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pulso para baixo tentando alcançar com os dedos o braço. Contraia o máximo possível. Sinta a contracção e, em seguida, relaxe comparando as duas sensações. Respire tranquilamente. Repita.

Dobre o cotovelo. Sinta a contracção nesta musculatura e memorize-a. Agora relaxe, acomode o braço confortavelmente, procure senti-lo como se não conseguisse movimentar. Respire calmamente, use somente a musculatura abdominal. Repita.

Agora concentre a sua atenção na sua perna esquerda. Estique o seu pé o máximo possível, levando a ponta do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contracção, memorize esta sensação. Agora solte e relaxe. Compare as duas sensações. Respire tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direcção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contracção. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente. Repita.

Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé. Contraia essa musculatura para manter elevada, preste atenção na contracção. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente na superfície. Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão de não poder mover. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal. Repita.

Agora concentre a sua atenção na sua perna direita. Estique o seu pé o máximo possível, levando a ponta do pé o mais distante possível do seu corpo. Sinta a contracção, memorize esta sensação. Agora solte e relaxe. Compare as duas sensações. Respire tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal. Repita.

Dobre o pé, trazendo a ponta do pé em direcção ao seu corpo. Contraia mais e mais, sinta a contracção. Relaxe, compare essas sensações, procure memorizar a diferença entre elas. Respire calma e tranquilamente. Repita.

Eleve um pouco a coxa, a perna e o pé. Contraia essa musculatura para manter elevada, preste atenção na contracção. Agora, relaxe, apoie a coxa, a perna e o pé confortavelmente na superfície. Sinta toda a musculatura mais e mais relaxada, dando a impressão de não poder mover. Respire pausadamente. Use somente a musculatura abdominal. Repita.

Agora, contraia ambos os ombros, elevando-os como se fosse encostá-los na ponta das orelhas. Contraia, mais e mais. Relaxe, deixe os ombros apoiados de maneira confortável, sinta a diferença entre a sensação de contracção e a de relaxamento. Respire tranquilamente. Repita.

Eleve a cabeça como se fosse alcançar com o queixo o peito. Sinta a contracção, procure memorizar esta sensação. Agora solte, relaxe, deixe a cabeça apoiada de forma

bem confortável. Compare as duas sensações tentando memorizar a diferença entre elas. Respire pausadamente. Repita.

Franza a testa e os olhos e cerre os dentes. Aperte, preste atenção nessa sensação. Agora, solte, relaxe, sinta o rosto pesado, os olhos fechados suavemente. Memorize as duas sensações. Respire somente com a musculatura abdominal. Repita.

Aperte os dentes, os de baixo de encontro aos de cima. Sinta a tensão, e agora compare com a de relaxamento, soltando o seu rosto mais e mais. Respire calmamente. Repita.

Nos próximos minutos, mantenha o seu corpo todo relaxado, confortavelmente apoiado na superfície em que está, respirando tranquilamente, use apenas a musculatura abdominal, deixando o ar entrar e sair suavemente. Agora espreguice-se e abra os olhos.

Relaxamento por Imaginação Guiada

Tempo: 40 min

Objectivos Gerais:

- Promover o relaxamento e sensação de Bem-estar

Objectivos Específicos:

- Melhorar o humor
- Melhorar a Insónia
- Diminuir a ansiedade

Passos:

- Apresentar o grupo e o terapeuta
- Explicitar o objectivo da sessão
- Pedir ao grupo para se deitar nos colchões e promover o relaxamento (controlando o tom de voz e musica e efectuando exercícios de relaxamento)
- Ler o guião de texto sobre a praia, mar, campo ou nuvens que se encontra padronizado no serviço. Deverá ser utilizado de acordo com as preferências dos utentes.
- Efectuar a avaliação da sessão com o grupo

Avaliação:

Promove o relaxamento e sensação de bem-estar tendo consequentemente efeitos benéficos no humor, controlo da insónia e da aniedade.

Estrada da Vida

Tempo:40 min

Objectivos Gerais:

- Promover a expressão de sentimentos e identificar projectos futuros

Objectivos Específicos:

- Melhorar humor
- Validar vontade de viver diminuída
- Validar ideação suicida

Passos:

- Promover a apresentação do grupo e interacção através da utilização de técnicas “quebra gelo” (por ex. passar um balão ao outro e dizendo o seu nome e vice-versa)
- Pedir ao grupo para desenhar numa folha de papel os aspectos mais importantes da sua vida no passado, presente e futuro, fossem eles positivos ou negativos, bem como os seus projectos futuros e colocá-los numa estrada.
- Pedir ao grupo para partilhar esses aspectos sendo promovida a interacção e entre ajuda no grupo.
- Efectuar a avaliação com o grupo.

Avaliação:

Na avaliação da sessão os utentes valorizaram o espaço de partilha criado e que se sentiam melhor em termos do humor após a sessão ou reflectiram nos problemas que levavam a ter vontade de viver diminuída ou foram confrontados com o facto de ela não se verificar. Para além de constituir um espaço de partilha permitiu ao utente ser confrontado com aspectos da sua vida não reflectidos e ao ser estimulado para tal ficou desperto para a resolução de problemas e para a procura de estratégias.

“Eu no Hospital”

Tempo:40 min

Objectivos Gerais:

- Promover a expressão de sentimentos e crítica em relação à sua situação de doença.

Objectivos Específicos:

- Validar humor deprimido
- Validar ideação suicida
- Validar insight sobre a doença
- Validar vontade de viver diminuída

Passos:

- Promover a apresentação e interacção no grupo.
- Pedir ao grupo que desenhe numa folha de papel as razões que o trouxeram ao hospital, que acontecimentos na sua vida não correram da melhor forma, como se sente no hospital e como se vê após a alta.
- Pedir ao grupo para partilhar essa informação
- Efectuar a avaliação com o grupo

Avaliação:

Os objectivos foram atingidos. Os utentes verbalizam a importância do espaço e ficam satisfeitos pela partilha de histórias semelhantes. É verificado que um utente com o diagnóstico de Dependência no Uso de Álcool não apresenta qualquer insight ou crítica para a sua situação.

Terminar um Conto

Tempo:40 min

Objectivos Gerais:

- Promover a expressão de sentimentos

Objectivos Específicos:

- Validar humor deprimido, ideação suicida, vontade de viver diminuída e alteração do pensamento

Passos:

- Promover a apresentação e interacção no grupo.
- Pedir ao grupo que termine por escrito numa folha de papel a seguinte frase “ *eu não estou bem porque...* ”
- Pedir ao grupo para entregar a folha sem estar assinado e são distribuídos aleatoriamente novamente os papéis. Assim, os utentes lêem e interpretam aquela história como a sua, dando sugestões sobre estratégias a adoptar.
- Efectuar a avaliação com o grupo

Avaliação:

Para alguns utentes com dificuldade em falar sobre o seu problema sentem-se mais confortáveis em fazer a leitura e interpretação dos problemas do outro da mesma forma que ouvem comovidos a leitura e interpretação da sua história. É uma técnica eficaz para pessoas com dificuldade em expressar sentimentos. Na avaliação da actividade, pude concluir que inserindo um grupo heterogéneo com experiências de vida diferentes enriquece o espaço de partilha

Expressão de Sentimento por Desenho Livre

Tempo:30 min

Objectivos Gerais:

- Promover a expressão de sentimentos

Objectivos Específicos:

- Melhorar o humor
- Consciencializar utente para os aspectos positivos da vida

Passos:

- Apresentar a actividade e em que consiste
- Pedir ao utente que desenhe numa folha em branco actividades diárias que gosta de realizar e com as quais retira prazer
- Pedir ao utente para falar sobre essas actividades e de que forma as realiza
- Efectuar a avaliação da sessão com a utente

Avaliação:

A escolha da técnica de desenho prendeu-se com o facto de ser a melhor estratégia a adoptar para a pessoa em questão uma vez que tem dificuldades na leitura e na escrita, o que considero um aspecto importante a ter sempre em conta. No final a utente verbalizou sentir-se agrada pelo facto de ser uma actividade individual e de sentir a minha intervenção mais centralizada na sua pessoa.

Comentário a Palavras - “Hospital”, “Casa”, “Família”, “Medicação”, “Álcool” e “Suicídio”

Tempo: 40 min

Objectivos Gerais:

-Promover a expressão de sentimentos

Objectivos Específicos:

- Validar humor deprimido, vontade de viver diminuída e ideação suicida
- Validar motivação para o abandono do uso de álcool

Passos:

- Promover a apresentação e interacção entre o grupo
- Explicar ao grupo em que consiste a terapia
- Escrever no quadro cada palavra acima descrita de cada vez e pedir a cada elemento para comentar a palavra e verbalizar o que aquela palavra lhe faz sentir.
- Efectuar a avaliação da sessão

Avaliação:

Os objectivos foram atingidos. Alguns utentes referiram sentir-se “mais aliviados”.

Estátuas Musicais

Tempo:40 min

Objectivos Gerais:

-Promover a expressão corporal

Objectivos Específicos:

- Melhorar humor
- Detectar alteração do pensamento

Passos:

- Promover a apresentação e interacção entre o grupo iniciando-se a actividade com técnicas “quebra gelo”
- Explicar ao grupo o funcionamento da actividade
- Colocar música e pedir ao grupo que circule dance se movimento. Assim, que a música parar o utente deve parar no movimento que estava a realizar e não se mexer até ouvir novamente a música.
- Colocar o grupo numa roda e pedir individualmente a cada elemento para efectuar um movimento para todo o grupo imitá-lo
- Efectuar a avaliação da sessão

Avaliação:

É uma actividade muito eficaz para detectar alterações de pensamento nomeadamente delírios de teor persecutório e auto-referencial. Os objectivos foram alcançados.

Expressão de Sentimentos - “Hoje sinto-me...amanhã serei”

Tempo:40 min

Objectivos Gerais:

- Promover a expressão de sentimentos

Objectivos Específicos:

- Validar humor e vontade de viver
- Consciencializar grupo para projectos futuros e estratégias de adaptação

Passos:

- Promover a apresentação do grupo e a sua interacção
- Explicar o funcionamento da terapia
- Pedir ao grupo para completar individualmente estas expressões “hoje sinto-me...Amanhã serei”
- Pedir aos elementos para partilharem estas informações e reflectirem em possíveis estratégias para alcançar os seus projectos futuros
- Efectuar a avaliação com grupo

Avaliação:

Os objectivos foram atingidos

Comentário a Provérbios Populares

Tempo:45 min

Provérbios:

- A um conselho amigo não feches o postigo
- Mais vale tarde que nunca
- Não há bem que sempre dure nem mal que nunca acabe
- Viver não custa o que custa é saber viver
- Quem feio ama bonito lhe parece

Objectivos Gerais:

- Promover a expressão de sentimentos

Objectivos Específicos:

- Validar humor, vontade de viver e ideação suicida
- Validar alteração do pensamento

Passos:

- Apresentar o grupo e explicar o funcionamento da actividade
- Escrever no quadro os provérbios individualmente e pedir a cada elemento para comentar aquele provérbio e o significa para si
- Efectuar a avaliação da sessão com o grupo

Avaliação:

Os objectivos foram atingidos. Foi necessário uma gestão mais eficaz da comunicação pelo facto de alguns utentes falarem durante muito tempo e interromperem os outros.

Comentário a Palavras - “Projectos Futuros”, “Família” e “Hospital”

Tempo:40 min

Objectivos Gerais:

Promover a expressão de sentimentos

Objectivos Específicos:

- Validar humor e vontade de viver
- Consciencializar utente para a situação de dependência do uso de álcool

Passos:

- Apresentar o grupo
- Explicar o funcionamento da actividade
- Escrever cada palavra no quadro e pedir aos elementos do grupo para a comentarem individualmente
- Efectuar a avaliação com o grupo

Avaliação:

A escolha das palavras prendeu-se com o grupo que iria participar e com os objectivos a atingir. O único objectivo que foi parcialmente atingido foi o de consciencializar o utente para a situação de dependência no uso de álcool repercussões na família e motivação para o abandono, uma vez que o utente não o considerava problema nem apresentava crítica relativamente às repercussões na família.

Corte e Colagem

Tempo:40 min

Objectivos Gerais:

Promover a expressão de sentimentos

Objectivos Específicos:

- Melhorar humor
- Identificar projectos futuros
- Validar vontade de viver diminuída
- Validar alteração do pensamento

Passos:

- Apresentar o grupo
- Explicar o funcionamento da terapia
- Colocar em cada elemento uma folha escrita com os aspectos a procurar nas imagens a recortar. Na utente com vontade de viver diminuída teria de procurar imagens que traduzissem “eu no futuro”, no utente com humor deprimido teria de procurar imagens que traduzissem o que gostaria de realizar e na utente com alteração do pensamento manifestado por delírio persecutório teria de procurar imagens que traduzissem “como eu me vejo, como os outros me vêem e como eu vejo os outros”
- Pedir ao grupo para partilhar essa informação e promover a interacção entre eles.
- Efectuar a avaliação da sessão

Avaliação:

Nesta actividade existiu um factor que não foi possível controlar no planeamento. Os grupos são heterogéneos e como tal existem pessoas com graus de escolaridade diferentes. Na avaliação efectuada pelos utentes essa diferença foi referenciada e sentida. Foi necessário utilizar estratégias de gestão da comunicação e reforçar ao utente que o objectivo da actividade em grupo é a partilha de experiências e nunca avaliar ou julgar, ficando posteriormente o utente mais tranquilizado. Nesta actividade foi também notória a importância de gerir eficazmente a comunicação de forma a envolver o grupo na problemática do outro, não de uma forma intrusiva mas sim de ajuda e terapêutica. Os objectivos foram atingidos excepto o de validar a vontade de viver pois a utente apresentava uma defensiva e pouco comunicativa. Nunca havia participado numa terapia. Utilizou uma frase de Alberto Caeiro e apenas quis citá-la.

Anexo X

Certificado de presença na Sessão de Formação realizada pela Associação Portuguesa para a Saúde Mental da Primeira Infância



Certificado

Certifica-se que ANA ISABEL CANVALHO TEIXEIRA

esteve presente no Seminário **DC:0-3R - Classificação Diagnóstica das Perturbações de Saúde Mental da Primeira Infância** orientado por Dra. Graça Fernandes, Dr. Pedro Pires e Dra. Sara Almeida, que decorreu no Auditório do Centro Hospitalar do Porto, a 30 e 31 de Outubro de 2009, com a duração de 12 h.

A Organização

Anexo XI

**Catálogo de Diagnósticos de Enfermagem em Pedopsiquiatria na classificação
CIPE versão 1**

Catálogo de Diagnósticos de Enfermagem
Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e da
Adolescência

1. COMPORTAMENTO

1.1 COMPORTAMENTO INTERACTIVO

1.1.1 Apego diminuído

1.1.1.1 Ligação mãe-filho dependente/diminuído

1.1.2 Comunicação diminuída

1.1.3 Participação diminuída

1.1.4 Comportamento Sexual anormal

1.1.4.1 Exibicionismo Sexual

1.1.4.2 Promiscuidade

1.1.5 Apoio Social diminuído

1.1.6 Socialização diminuída

1.1.7 Parentalidade comprometida

1.1.7.1 Adaptação à parentalidade comprometida

1.1.7.2 Educação da Criança comprometida

1.2 COMPORTAMENTO AGRESSIVO

1.2.1 Abuso

1.2.1.1 Abuso Sexual

1.3 COMPORTAMENTO COMPULSIVO

1.4 COMPORTAMENTO DE PROCURA DE SAÚDE NENHUM/DIMINUÍDO

1.5 PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NENHUM/COMPROMETIDA

1.5.1 Nenhum Uso de Contraceptivos

1.6 PADRÃO ALIMENTAR OU DE INGESTÃO DE LÍQUIDOS DIMINUÍDO

1.6.1 Padrão Alimentar Compulsivo

1.6.1.1 Bulimia

1.7 PADRÃO DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL COMPROMETIDO

1.8 PADRÃO DE HIGIENE COMPROMETIDO

1.9 PADRÃO DE REPOUSO COMPROMETIDO

1.10 PADRÃO DE SONO COMPROMETIDO

1.11 AUTOCUIDADO COMPROMETIDO/DEPENDENTE

- 1.9.1 Tomar banho comprometido/dependente**
- 1.9.2 Vestir-se ou Despir-se comprometido/dependente**
- 1.9.3 Alimentar-se comprometido/dependente**
- 1.9.4 Arranjar-se comprometido/dependente**
- 1.9.5 Cuidar da higiene pessoal dependente/diminuído/comprometido**
- 1.9.6 Usar o sanitário dependente**

1.12 COMPORTAMENTO AUTODESTRUTIVO

- 1.12.1 Tentativa de Suicídio**
- 1.12.2 Automutilação**

1.13 USO DE SUBSTÂNCIAS NÍVEL CRESCENTE

- 1.13.1 Uso de Álcool nível crescente**
- 1.13.2 Uso de Drogas nível crescente**
- 1.13.3 Uso de Tabaco nível crescente**

2. PROCESSO CORPORAL

2.1 PROCESSO DO SISTEMA CIRCULATÓRIO COMPROMETIDO

- 2.1.1 Bradicardia**
- 2.1.2 Hipotensão**

2.2 PROCESSO PATOLÓGICO

- 2.3.1 Trauma Pós-violação**

2.3 PROCESSO DO SISTEMA GASTROINTESTINAL COMPROMETIDO

- 2.3.1 Obstipação**
- 2.3.2 Incontinência Intestinal**
 - 2.3.2.1 Encoprese**
- 2.3.3 Diarreia**
- 2.3.4 Vômito**

2.4 DESENVOLVIMENTO INFANTIL COMPROMETIDO

- 2.5.1 Desenvolvimento psicomotor comprometido**

2.6 COMPORTAMENTO ORGANIZADO COMPROMETIDO

- 2.6.1 Comportamento infantil organizado comprometido**

2.7 PROCESSO DO SISTEMA TEGUMENTAR COMPROMETIDO

2.7.1 Pele Seca

2.7.2 Ferida

2.7.2.1 Ferida Traumática

2.7.2.1.1 Contusão

2.7.2.1.2 Corte

2.7.2.1.3 Escoriação

2.8 PROCESSO DO SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO COMPROMETIDO

2.8.1 Convulsão

2.9 PROCESSO DO SISTEMA NERVOSO COMPROMETIDO

2.9.1 Comportamento Desorganizado

2.9.1.1 Alucinação

2.9.2 Actividade Psicomotora

2.9.2.1 Hiperactividade

2.9.2.1.1 Inquietação

2.9.2.1.2 Agitação

2.9.2.2 Hipoactividade

2.10 REPOUSO COMPROMETIDO

2.10.1 Hipersónia

2.10.2 Insónia

2.12 PROCESSO DO SISTEMA URINÁRIO COMPROMETIDO

2.12.1 Enurese

2.13 PROCESSO FAMILIAR COMPROMETIDO

2.13.1 Família Disfuncional

2.13.2 Crise Familiar

2.14 PROCESSO PSICOLÓGICO COMPROMETIDO

2.14.1 Atitude Comprometida

2.14.1.1 Atitude face ao autocuidado comprometida

2.14.1.2 Atitude à Gestão de Medicamentos comprometida

2.14.1.3 Atitude face ao Status Nutricional comprometida

2.14.1.4 Crença

2.14.1.4.1 Crença Errónea

2.14.1.4.2 Obsessão

2.14.1.4.3 Auto-imagem comprometida

2.14.1.4.3.1 Identidade Pessoal comprometida

2.14.1.4.3.1.1 Identidade Sexual comprometida

2.14.1.4.3.1.2 Personalidade comprometida

2.14.1.4.3.1.2.1 Personalidade Introversa

2.14.1.4.3.1.2.2 Personalidade Lável

2.14.1.4.3.1.3 Auto-estima diminuída

- 2.14.1.5 Coping comprometido
 - 2.14.1.5.1 Aceitação nenhuma/parcial
 - 2.14.1.5.1.1 Aceitação do Estado de Saúde nenhuma/parcial
 - 2.14.1.5.2 Adaptação comprometida
 - 2.14.1.5.3 Negação
 - 2.14.1.5.4 Coping Ineficaz
- 2.14.1.6 Volição diminuída
 - 2.14.1.6.1 Não Adesão
 - 2.14.1.6.2 Impulso nível crescente/nível decrescente
 - 2.14.1.6.3 Autocontrolo comprometido
 - 2.14.1.6.4 Força de vontade diminuída
 - 2.14.1.6.5 Vontade de viver diminuída
- 2.14.2 Cognição comprometida**
 - 2.14.2.1 Pensamento abstracto comprometido/diminuído
 - 2.14.2.2 Consciencialização (awareness) comprometida/diminuída
 - 2.14.2.2.1 Autoconhecimento diminuído/comprometido
 - 2.14.2.3 Concentração diminuída/comprometida
 - 2.14.2.4 Pensamento concreto comprometido/diminuído
 - 2.14.2.5 Processo de tomada de decisão comprometido
 - 2.14.2.6 Pensamento Distorcido
 - 2.14.2.6.1 Confusão
 - 2.14.2.6.2 Delírio
 - 2.14.2.7 Pensamento comprometido
 - 2.14.2.7.1 Aprendizagem comprometida/diminuída
 - 2.14.2.7.1.1 Aprendizagem Cognitiva comprometida/diminuída
 - 2.14.2.7.1.2 Aprendizagem de Capacidades comprometida/diminuída
- 2.14.3 Emoção**
 - 2.14.3.1 Ambivalência
 - 2.14.3.2 Raiva
 - 2.14.3.3 Ansiedade
 - 2.14.3.4 Angústia de separação
 - 2.14.3.5 Depressão
 - 2.14.3.6 Desespero
 - 2.14.3.7 Angústia
 - 2.14.3.8 Euforia
 - 2.14.3.9 Frustração
 - 2.14.3.10 Luto
 - 2.14.3.11 Culpa
 - 2.14.3.12 Desamparo
 - 2.14.3.13 Falta de Esperança
 - 2.14.3.14 Insegurança
 - 2.14.3.15 Solidão
 - 2.14.3.16 Nervosismo
 - 2.14.3.17 Tristeza
 - 2.14.3.18 Sofrimento
 - 2.14.3.19 Confiança diminuída
- 2.14.4 Memória comprometida**
 - 2.14.4.1 Amnésia
 - 2.14.4.2 Memória a Curto Prazo comprometida/diminuída
 - 2.14.4.3 Memória a Longo Prazo comprometida/diminuída

2.14.5 Resposta Psicológica comprometida

2.14.5.1 Crise

2.14.5.2 Processo de Luto comprometido

2.14.5.2.1 Luto Familiar comprometido

2.14.5.3 Resposta Psicossocial ao Ensino comprometida/diminuída

2.14.5.3.1 Resposta Psicossocial ao Ensino sobre a Medicação diminuída/
comprometida

2.14.5.3.2 Resposta Psicossocial ao Ensino sobre a Nutrição diminuída/
comprometida

2.14.5.4 Stress por Mudança de Ambiente

3. STATUS

3.1 Capacidade comprometida

3.1.1 Capacidade para Comunicar comprometida

3.1.2 Capacidade para gerir o regime comprometida

3.1.3 Capacidade parental comprometida

3.1.4 Capacidade para se alimentar comprometida

3.1.5 Capacidade para cuidar da higiene pessoal comprometida

3.1.6 Capacidade para tomar banho comprometida

3.1.7 Capacidade para se vestir comprometida

3.1.8 Capacidade para usar o sanitário comprometida

3.1.9 Capacidade para socializar comprometida/diminuída

3.1.10 Desempenho escolar comprometido

3.2 Saúde comprometida

3.2.1 Bem-estar comprometido

3.2.1.1 Bem-estar físico comprometido

3.2.1.2 Bem-estar psicológico comprometido

3.2.1.3 Bem-estar social comprometido

3.2.1.4 Bem-estar espiritual comprometido

3.3 Conhecimento nenhum/diminuído

3.3.1 Conhecimento sobre a saúde nenhum/diminuído

3.4 Status neurológico comprometido

3.4.1 Estado maníaco

3.4.2 Orientação comprometida

3.5 Status nutricional comprometido/diminuído/elevado

3.5.1 Ingestão Nutricional comprometida/diminuída/elevado

3.5.1.1 Ingestão de Líquidos comprometida/diminuída

3.5.1.2 Ingestão de alimentos comprometida/diminuída/elevada

3.6 Status fisiológico comprometido

3.6.1 Peso Corporal diminuído/elevado

3.6.1.1 Excesso de peso

3.6.1.1.1 Obeso

3.7 Status social comprometido

3.7.1 Isolamento social

3.8 Stress

Anexo XII

Estudo de Caso

Estudo de Caso

1. História Inicial

- ✓ Nome: G. C.;
- ✓ Idade: 17 anos;
- ✓ Pessoas Significativas: Mãe e Avó materna.

1.1 História Sócio-Cultural

Antecedentes de baixa socialização com grupo de pares com progressiva diminuição da socialização e aumento do isolamento social com absentismo escolar em Fevereiro de 2009.

Sem outras actividades extra curriculares.

Gosta de ler sobre política e economia.

Nível social médio-alto.

1.2 Antecedentes Familiares e Pessoais

Antecedentes de Esquizofrenia num tio materno.

Pai saiu de casa quando o jovem tinha 4 anos. Chegou a visitar o pai em Lisboa. Este era Professor Universitário e o G.C. assistia às suas aulas. Apresentava uma relação distante com o pai.

Aos 12 anos deixou de ter contacto com o pai por opção própria por considerar que este “não lhe ligava nenhuma”(sic mãe). Mãe refere que o filho apresenta um comportamento idêntico ao pai. Verbaliza que o filho sempre foi selectivo com as actividades que escolhia, ou seja, iniciava uma actividade e pouco tempo após abandonava essa mesma desculpabilizando-se com os defeitos encontrados na mesma (professores, grupo ou satisfação na realização da mesma). Aquando o Euro 2004, a mãe verbaliza que o filho dispunha as cadeiras, cachecóis e bandeiras de determinada forma. Sempre que convivia com um amigo em casa o G.C. sentia ciúmes da atenção dada pela mãe a esse amigo.

Com 14 anos o G.C. apresentou um baixo resultado num teste de História. Ficou bastante irritado, sentindo culpabilidade por não cumprir o que era esperado pela

família. Era um excelente aluno e não aceitou a diminuição do rendimento escolar, atribuindo alguma culpabilidade aos professores “ignoravam-me” (sic). Mudou diversas vezes de escola. Deixou de participar nos almoços de família.

Com 15 anos verbalizou ouvir vozes, tendo recorrido à urgência do Hospital de S. João por “medos, mal-estar e sentimentos de culpa” (sic mãe). Pediu à mãe para dormir na cama dela pois tinha “bichos”(sic) na sua cama. Desde então G.C. dorme na cama da mãe e esta no sofá.

Em Fevereiro de 2008, veio pela primeira vez à consulta de Pedopsiquiatria. Abandonou a escola em Fevereiro e iniciou voluntariado em Outubro na Cruz Vermelha durante 3 meses. Posteriormente iniciou uma carreira política como membro do Bloco de Esquerda chegando a ir ao Parlamento Europeu. Após esta viagem verbaliza incompatibilização com a ideologia do Francisco Louçã pelo que abandona a actividade. No ano lectivo de 2008/2009 iniciou a actividade escolar numa nova escola. Verbalizava medo dos testes. Apresentou 12,5 valores num teste, ficou com irritabilidade acentuada e não aceitou este resultado referindo que a culpa seria dos professores que o ignorou. Saiu da escola e iniciou um Curso de Economia (sic).

Deixou progressivamente de ter rotinas e foi-se isolando em casa. Em Julho de 2009 chegou a iniciar um Curso de Inglês mas desistiu assim que lhe foi pedido para falar com os colegas em Inglês. Em Agosto foi para o Algarve com familiares. Recusava-se a tomar banho no mar. Quando regressou, começou a realizar trabalhos no computador durante a noite acordando a mãe para discutir temáticas do seu interesse. Isolamento total no domicílio com negligência no auto-cuidado (permanecia com o pijama). Iniciou uma desconfiança para com os alimentos, com diminuição na ingestão dos mesmos. Segundo a mãe nesta fase apresentava humor deprimido. Apresentava igualmente maior irritabilidade chegando a apresentar heteroagressividade verbal e física para com a mãe. Verbalizava desconfianças relativamente aos vizinhos. Recusava vestir peças de vestuário ou calçado novas. Devido a este quadro e por recusa terapêutica e de tratamento, é internado a 14/10/2009 em regime de internamento compulsivo. Ao longo da colheita de dados a mãe apresenta pouca crítica em relação ao comportamento do filho.

Vive em habitação própria com a mãe.

Frequentava um Psicólogo há cerca de 2 anos.

1.3 Motivo de Internamento

É internado devido a um quadro de isolamento social grave, heteroagressividade e desconfiança.

Recusa de terapêutica e de tratamento pelo que é accionado o Internamento Compulsivo.

Tem como diagnóstico médico Perturbação Obsessivo-Compulsiva com traços Paranóides.

1.4 Entrevista de Avaliação Inicial

A entrevista de avaliação inicial foi realizada num ambiente informal devido à sua postura defensiva. A recolha de dados foi dificultada pela falta de insight do utente, uma vez que não reconhecia a necessidade de internamento nem referia o conteúdo dos seus pensamentos e obsessões. Verbalizava sentir-se bem em casa e que não compreendia porque estava internado compulsivamente.

- ✓ Orientado no tempo e no espaço.
- ✓ HUMOR- Humor eutímico.
- ✓ ASPECTO GERAL E COMPORTAMENTO - Aspecto pouco cuidado e olhar evitante. Agressividade latente à confrontação.
- ✓ PENSAMENTO - Sem actividade delirante estruturada.
- ✓ PERCEPÇÃO - Sem alteração
- ✓ DISCURSO - Discurso defensivo mas fluído
- ✓ INSIGHT - Sem insight ou crítica para o seu actual estado de saúde.

1.5 Terapêutica

- ✓ Risperidona , 3 mg, 1+0+1, PO;
- ✓ Biperideno, 2 mg, 1/2+0+1/2, PO;
- ✓ Olanzapina, 5 mg, 0+1+0, PO;
- ✓ Diazepam, 10 mg, SOS, IM/PO;
- ✓ Levomepromazina, 25 mg, SOS, IM/PO;

Iniciou Risperdal Consta a 27/10/09.

2. Psicopatologia

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva é um quadro caracterizado pela presença de obsessões e de rituais compulsivos. Por Obsessões entendem-se todos os pensamentos, ideias ou imagens repetidas e indesejadas que invadem a consciência, criando uma sensação de resistência no indivíduo. Podem ser preocupações, palavras obscenas ou ideias repugnantes. Uma obsessão é uma experiência passiva mas que interfere com o fluxo normal do pensamento ou actividade exercida no momento. Segundo Ito [et al] (1998) estas ideias podem aparecer sob a forma de frases, pensamentos, imagens ou impulsos. As compulsões constituem um comportamento repetitivo e intencional executado numa ordem pré-estabelecida (estereotipia). Segundo o autor referido anteriormente, esta acção não tem um fim em si mesmo e procura prevenir a ocorrência de determinado evento ou situação com conotação ameaçadora para o sujeito. Geralmente ocorre uma sensação de alívio temporário da ansiedade após a sua realização. O sujeito reconhece o pensamento ou imagem como sendo produto do seu próprio pensamento, o que difere da Esquizofrenia, e tem consciência que tais actos são irracionais. O sujeito que sofre desta patologia evita objectos ou situações desencadeantes de ansiedade o que limita a sua vivência diária. Para além da presença destas Obsessões e Compulsões, o que permite a realização do diagnóstico é a gravidade e frequência com que estão presentes e que se traduzem no grau de comprometimento funcional do sujeito ao nível profissional, pessoal e de lazer. Para Ito [et al] (1998) o quadro inicia-se na adolescência tendo os rapazes um início mais precoce. O sujeito que sofre desta perturbação vai apresentar distorções cognitivas. Para Beck&Freeman (1993) entre estas distorções está o pensamento dicotómico (tudo-ou-nada) que encontra-se na base de rigidez e perfeccionismo do obsessivo. Para este, a importância ou as consequências de uma acção ou erro são largamente exageradas. Uma outra característica do obsessivo é, segundo estes autores, pensar em termos do “dever”. Este estilo de pensamento primitivo, absolutista e moralista leva o sujeito a fazer o que deveria fazer segundo os seus estritos padrões internalizados ao invés de realizar o que deseja ou o que seria preferível fazer. São considerados indicadores:

- ✓ O tipo de ambiente familiar controlador e rígido;
- ✓ Inexistência de relacionamentos interpessoais íntimos;
- ✓ Exercerem uma profissão técnica orientada para detalhes;

- ✓ Inexistência de actividades de lazer ou existência de actividades de lazer orientadas para objectivos e não meramente desenvolvidas por divertimento.

Este jovem apresenta uma perturbação Obsessivo-Compulsiva com traços paranóides. Segundo, Harrison [et al] (2006) as principais características do sujeito com traços paranóides são as seguintes: reservado e desconfiado, solitário, sensível às críticas, guarda rancor e manifesta auto-importância. Por vezes, é relatada uma componente de isolamento social e de introspecção.

3. Processo de Enfermagem

Após a realização da Entrevista de Avaliação Inicial foram identificados os seguintes focos de atenção:

- ✓ Não adesão;
- ✓ Obsessão;
- ✓ Nenhuma aceitação do estado de saúde;
- ✓ Socialização;
- ✓ Tomar banho;
- ✓ Vestir-se ou despir-se .

Numa fase ainda inicial e posterior à entrevista de avaliação inicial foi ainda identificado o foco Delírio (Paranóide).

DIAGNÓSTICOS	RESULTADOS	INTERVENÇÕES
DELÍRIO (PARANÓIDE)	CONTROLO DO DELÍRIO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gerir a comunicação; ✓ Orientar o jovem para a realidade; ✓ Tranquilizar jovem; ✓ Disponibilizar presença; ✓ Executar Escuta Activa; ✓ Gerir o ambiente; ✓ Supervisionar pensamento; ✓ Instruir doente sobre esta alteração de pensamento (fase posterior).
NÃO ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar ao jovem a importância da adesão ao regime terapêutico; ✓ Incentivar esta adesão através do reforço dos ganhos obtidos com a sua modificação de comportamento.
SOCIALIZAÇÃO DIMINUÍDA	SOCIALIZAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar a participação em actividades ludicoterapêuticas em grupo; ✓ Promover a manutenção de rotinas diárias (horários e tarefas); ✓ Incentivar a presença do jovem na sala com o grupo reforçando a sua importância; ✓ Promover a relação interpessoal (através da estimulação da comunicação verbal acerca de temáticas do interesse do jovem).
NENHUM AUTOCONTROLO (OBSESSÃO)	AUTOCONTROLO (OBSESSÃO)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Executar Escuta Activa; ✓ Instruir sobre autocontrolo e a sua importância; ✓ Promover autocontrolo eficaz (ajudar a reconhecer o problema; enumerar consequências do pensamento obsessivo, ajudar a identificar estratégias eficazes).

NENHUMA ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	ACEITAÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a modificação do comportamento através da Técnica de Modificação de Comportamento (como forma de melhorar o insight do jovem acerca do seu comportamento tendo como base o condicionamento clássico e o operante); ✓ Incentivar a aceitação do estado de saúde e a necessidade e importância do comportamento.
VESTIR-SE OU DESPIR-SE COMPROMETIDO	VESTIR-SE OU DESPIR-SE NÃO COMPROMETIDO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar este auto-cuidado; ✓ Supervisionar este auto-cuidado.
TOMAR BANHO COMPROMETIDO	TOMAR BANHO NÃO COMPROMETIDO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar este auto-cuidado; ✓ Supervisionar este auto-cuidado.

3.1 Implementação da Intervenções e Resultados

Em termos de intervenção foi prioritário incentivar o insight do jovem para a aceitação do seu estado de saúde, gerir o delírio (numa fase mais inicial) e o pensamento obsessivo (numa fase posterior em que o jovem conseguiu expressar as suas obsessões e a sua angústia), estimular a socialização em grupo e participação nas actividades ludicoterapêuticas bem como estimulação para o auto-cuidado: higiene e vestuário.

Assim, numa fase inicial o jovem apresentava uma postura e discurso defensivo e recusando o internamento. Contudo foi incentivado a participar nas actividades sendo a única que recusava realizar a Natação por “ Não gostar” (sic). Assim foi incentivado a manter rotinas de socialização e horários para realização de tarefas o que foi importante para a manutenção da organização do jovem. Na actividade de pintura foi visível a sua lentificação no traço motor fino devido à sua patologia. Desenhou barras de cores tipo arco-íris onde pintava cada barra com uma tonalidade. Esse desenho pintou-o durante 3 semanas. Foi ainda incentivado a permanecer na sala com o grupo mesmo que sem

interacção. Este comportamento foi reforçado positivamente sendo que no final o jovem fazia-o de forma espontânea sem necessidade de estimulação, tendo sido um ganho apresentado e um resultado desta intervenção.

Posteriormente iniciou como terapêutica o Risperdal Consta juntamente com os outros anti-psicóticos que tomava inicialmente. Apresentou-se com lentificação motora, inquietação e angústia verbalizando “não aguento mais” (sic). Nesta altura apresentou-se mais vulnerável, aceitando a nossa presença e ficou receptivo à relação terapêutica. Foi nesta mesma altura que falou sobre os seus pensamentos obsessivos e intrusivos (palavras que repetidamente lhe invadiam o pensamento) e que acreditava poderem contaminar os outros, ou seja, após contar-me questionava repetidamente se não pensava também nessa palavra por ele a ter pronunciado e como fazia para controlar o pensamento. Nesta altura foram realizadas as intervenções no sentido da gestão do delírio e tranquilização do jovem, bem como aceitação do seu estado de saúde. Numa fase de estabilização o jovem compreendeu a necessidade de estar internado e do seu problema embora encarasse o isolamento social como algo do seu agrado, não se sentindo “mal”. Foi então iniciada a intervenção no sentido de promover o autocontrolo (Obsessão), identificando o jovem estes pensamentos e reflectindo sobre estratégias para se abstrair destes mesmos. Contudo o contexto da intervenção foi adaptado ao jovem, ou seja, ocorria em contextos informais sendo que este recusava escrever sobre o que pensava. Foi igualmente iniciada a técnica de modificação de comportamento onde o jovem através dos condicionamentos operantes e clássico, readaptou o seu comportamento no sentido de realizar as tarefas necessárias esperadas pelos técnicos no sentido de ter a alta. Isto manifesta capacidade resiliência e de readaptação o que é positivo. Identificou e aceitou como projecto de alta voltar à escola e que iria iniciar o acompanhamento em regime ambulatorio, ingressando num grupo terapêutico fechado de Psicodrama bem como o cumprimento da terapêutica (Risperdal Consta®). Mantinha ainda uma postura defensiva mas era menor do que inicialmente. Interiorizou que papel era necessário cumprir na sociedade (estudos e socialização) para poder regressar à sua casa e ao seu espaço. Simultaneamente foi incentivado o despir-se /vestir-se e o tomar banho o que no final apresentou-se melhorado. Foi um processo lento, feito de avanços e recuos e foi crucial manter-me perseverante, controlando a minha frustração e ansiedade para obter resultados, o que também contribuiu para o meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

A relação de ajuda desenvolve-se num determinado ambiente e contexto, tendo influência directa nos objectivos e no resultado a intervenção. As variáveis que constituem o contexto prendem-se com características do indivíduo, do interveniente e da instituição. O contexto da relação de ajuda pode ocorrer no ambiente diversificado (gabinete, sala ou espaço exterior sendo importante o enfermeiro escolher com o indivíduo o ambiente mais apropriado de forma a facilitarem as trocas verbais. Tendo como base um dos componentes do modelo de relação de ajuda, abordam-se os principais aspectos: a comunicação que toma a forma particular de uma relação, a entrevista que resulta desta relação e as intervenções com carácter psicoterapêutico que podem ser utilizadas ao longo desta relação. Assim, estes passos estiveram subjacentes no processo de enfermagem aplicado no meu estudo de caso. A relação estabelecida com o jovem foi bastante dificultada pela sua postura defensiva e pelo facto de não se expressar facilmente, pelo que as características da relação e a forma de comunicar e interagir com o jovem tiveram em conta estas componentes. Foi uma relação ténue e não emotiva. Assim, os resultados são ténues a curto prazo e é necessário uma intervenção cognitivo-comportamental a médio/longo prazo num contexto de ambulatório dando especial atenção à família (mãe).

Contudo, apesar de ter sido um desafio difícil foi importante perceber que apesar de estarmos a ter uma intervenção adequada às necessidades do doente os resultados dependem também daquilo que o doente nos consegue dar na relação e que, se mantidas as intervenções, os resultados serão mais visíveis a médio/longo prazo e não num contexto de internamento. Para concluir, tendo a noção que os resultados da minha intervenção foram pequenos nesta fase inicial não se deve desistir de realizar a intervenção e de trabalhar numa relação terapêutica com o jovem. Para concluir, o ganho em saúde mais visível foi sem dúvida ao nível da socialização e na modificação do seu comportamento em relação à adesão ao regime terapêutico.

