



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, de Saúde Mental e Psiquiátrica

Sérgio Filipe de Castro Nogueira

Porto, Abril de 2012



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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, de Saúde Mental e Psiquiátrica

Sérgio Filipe de Castro Nogueira

Sob Orientação da Professora Emília Preciosa Carvalho

Porto, Abril de 2012

RESUMO

Neste Relatório descrevo as aprendizagens desenvolvidas ao longo do Estágio nos diferentes Módulos. Iniciei este estágio no Centro de Respostas Integradas (CRI) / Equipa de Tratamento (ET) de Braga, de seguida prossegui na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), na Unidade São Luís – Unidade de Desabilitação de Toxicodependentes e Co-morbilidade Psiquiátrica. Finalizei este percurso no Projecto Consentido – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado na área da Saúde Mental e Psiquiátrica (CSBJ). Como fio condutor para estes três campos de estágio, escolhi desenvolver o meu trabalho junto de pessoas com abuso/dependência de substâncias psicoactivas.

O interesse por esta área advém, precisamente, da minha prática diária, onde surge, frequentemente, a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde desta população específica, bem como o desenvolvimento de competências que permitam prestar cuidados de Enfermagem com elevada qualidade científica, técnica e humana.

As intervenções implementadas decorreram tanto a nível individual como em grupo, tendo realizado sessões de educação para a saúde com vista à mudança de comportamentos na procura de estilos de vida mais saudáveis, assim como, na prevenção de recaídas. Utilizei ainda a relação de ajuda, o relaxamento e as dinâmicas de grupo como valiosos instrumentos terapêuticos, junto desta população. Foram ainda realizadas, diversas sessões formativas junto das equipas multidisciplinares, sobre temas relacionados com a área da Saúde Mental e Psiquiátrica e com a problemática aditiva.

Ao longo dos vários módulos foi possível aprofundar conhecimentos e desenvolver competências que me permitirão, enquanto futuro Enfermeiro Especialista, prestar melhores cuidados em situações de particular exigência e complexidade, tendo em vista a maximização da saúde, a prevenção e tratamento da doença e a reinserção social.

Com este trabalho, pretendo assim, realizar uma análise reflexiva sobre os objectivos e intervenções traçados/implementados durante este percurso, que se traduziram na aquisição de competências na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP), espelhando todo um trabalho desenvolvido ao longo deste trajecto.

ABSTRACT

In this report I describe the learnings developed in the course of the Internship in the various modules. I began this internship in the Integrated Responses Centre/Treatment Team in Braga. The internship continued in Bom Jesus Health House, São Luís Unit – Unit for Addiction Cessation and Psychiatric co-morbidity, and finally in the Consentido Project – Integrated Home Health Care Mobile Unit in the area of Mental Health and Psychiatric (CSBJ). As a common theme these to these three internship modules, I chose to develop my work on people with abuse/dependence of psychoactive substances.

The interest in this area stems from my daily practise, wherein arises the need to deepen my knowledge about human responses to the life processes and health problems of this specific population, as well as the development of skills that enable the practise of nursing with a high standard of scientific, technical and human quality.

The interventions that were implemented took place both at the individual and the group level, including health education sessions aiming at promoting behaviour changes in the search for healthier life styles and the prevention of relapse. Also, I have used help relations, relaxation and group dynamics as valuable therapeutic instruments in this population. Additionally, several formative sessions for the multidisciplinary teams were conducted on themes related to the area of Mental and Psychiatric Health and the addiction problem.

In the course on the various modules it was possible to deepen knowledge and develop skills which will enable me, as a future Specialist Nurse, to offer better care in particularly demanding and complex situations, having in view the maximization of health, the prevention and treatment of illness and social reintegration.

Thus, with this work, I intend to undertake a reflective analysis about the goals and actions planned/implemented in the course of the internship, which resulted in the gaining of skills in the area of Specialization in Mental Health and Psychiatric Nursing, product of all the work developed along the way.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora Professora Emília Preciosa Carvalho pelas orientações e ajuda durante a construção do presente Relatório.

Aos meus tutores nos diferentes Módulos de Estágio pelo apoio, simpatia e orientação prestadas.

À minha família pelo apoio e paciência durante todo este percurso.

Agradeço ainda a todas as pessoas não mencionadas que, de algum modo, contribuíram, mesmo de forma indirecta, para a concretização deste trabalho.

A todos, o meu muito obrigado!

LISTA DE SIGLAS

AIVD – Actividades instrumentais de vida diária
AVD – Actividades de vida Diária
CAT – Centro Atendimento a Toxicodependentes
CRI – Centro de Resposta Integrada
CSBJ – Casa de Saúde do Bom Jesus
CT – Comunidade Terapêutica
DGS – Direcção Geral de Saúde
DST – Doenças sexualmente transmissíveis
EESMP – Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
ET – Equipa de Tratamento
ICS – Instituto de Ciências da Saúde
IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência
IP – Instituto Publico
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis
MBI – *Maslach Burnout Inventory*
MESMP – Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
NAP – Neurolépticos de acção prolongada
OE – Ordem dos Enfermeiros
OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
OMS – Organização Mundial de Saúde
PIR – Plano Individual de Reabilitação
PTAO – Programa de tratamento com agonista opiáceo
SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SPESM – Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
UA – Unidade de Alcoologia
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UD – Unidade de Desabituação
UMADIC – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado para a Co-morbilidade
VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

LISTA DE ABREVIATURAS

Cit. - Citado
Consult. - Consultado
n.º - número
S. - São

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO	13
1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM	21
2.1. Caracterização dos diferentes contextos de Estágio	21
2.1.1. Módulo III – IDT, I.P. – CRI/ET de Braga.....	21
2.1.2. Módulo II – Casa de Saúde do Bom Jesus – Unidade de São Luís.....	24
2.1.3. Módulo I – Casa de Saúde do Bom Jesus – Projecto Consentido.....	27
2.2. Objectivos de Estágio e actividades desenvolvidas	29
2.2.1. Objectivos Comuns a todos os módulos.....	29
2.2.2. Objectivos Especificos de cada módulo.....	34
3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	45
4. CONCLUSÃO	47
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	53
Anexo I – Projecto de Estágio.....	55
Anexo II – Visita a instituições de apoio às Dependências em Braga.....	85
Anexo III – Programa de Tratamento com Agonista Opiáceo – Cloridrato de Metadona.....	109
Anexo IV – Artigo e Poster para participação no Congresso da SPESM	115
Anexo V – Proposta de regulamento Interno da Unidade de Desabilitação de São Luís.....	129
Anexo VI – Sessão formativa sobre “Boas Práticas de Enfermagem em situações de Violência”	139
Anexo VII – Questionário de avaliação da sessão formativa aplicado aos Técnicos de saúde.....	149
Anexo VIII – Trabalho de Relação de Ajuda com um utente do Projecto Consentido	153
Anexo IX – Sessão formativa sobre Esquizofrenia no CRI/ET de Braga.....	173
Anexo X – Avaliação do <i>Burnout</i> – <i>Maslach Burnout Inventory</i> (MBI).....	183
Anexo XI – Sessão formativa sobre <i>Burnout</i> no CRI/ET de Braga.....	187
Anexo XII – Sessão de Educação para a Saúde sobre DST e folheto informativo.....	195
Anexo XIII – Questionário de avaliação da sessão aplicado aos utentes.....	205
Anexo XIV – Sessão Psicoeducativa sobre “Os malefícios das drogas lícitas e ilícitas”.....	209

Anexo XV – Estudo de caso do Sr. F.M.....	219
Anexo XVI – Folheto informativo sobre antagonista opiáceo para o utente/familiar.....	257
Anexo XVII – Dinâmicas de Grupo.....	261
Anexo XVIII – Sessão de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson.....	269
Anexo XIX – Escala de avaliação da ansiedade de Hamilton.....	301
Anexo XX – Sessão Psicoeducativa “Conhecer a Esquizofrenia”.....	305
Anexo XXI – Entrevista de Zarit de sobrecarga do cuidador.....	311
Anexo XXII – Sessão formativa sobre “As Dependências”.....	315
Anexo XXIII – Manual sobre Dependências.....	347
Anexo XXIV – Projecto de criação de uma Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado para a Co-morbilidade (UMADIC).....	369

0. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório de Estágio surge no âmbito do IV Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (MESMP), no Instituto de Ciências da Saúde (ICS) do Porto, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), estando enquadrado na unidade curricular de Relatório, relativo ao período de Estágio compreendido entre 27 de Abril de 2011 e 04 de Fevereiro de 2012.

Este documento pretende traduzir o processo de concretização de um projecto de estágio, que foi realizado em unidades de prestação de cuidados de saúde (faseado em três módulos). Desta forma o presente relatório tem como objectivos:

- Transmitir, objectivamente, as actividades desenvolvidas nos diferentes módulos de estágio;
- Reflectir sobre os objectivos que lhes estavam subjacentes;
- Mostrar as competências gerais e específicas desenvolvidas e adquiridas ao longo do estágio;
- Reflectir sobre a prática de cuidados;
- Dar cumprimento a uma exigência curricular;
- Constituir um documento de avaliação para a obtenção de grau Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

Após algumas hesitações quanto ao assunto a tratar ao longo do Estágio, selecionei como tema transversal aos três módulos, intervir na área do abuso/dependência de substâncias psicoactivas. O interesse por esta área advém, precisamente, da minha prática diária, onde surge, frequentemente, a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre as respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde desta população específica, bem como o desenvolvimento de competências que permitam prestar cuidados de Enfermagem com elevada qualidade científica, técnica e humana.

A problemática do abuso/dependência de substâncias assume grande importância no contexto da Saúde Mental e da Psiquiatria, pois está intimamente relacionada com uma variedade de problemas físicos, mentais, sociais e que assume proporções de relevância na saúde pública (DGS, 2004; Ferreira-Borges e Filho, 2004).

As pessoas com um diagnóstico de perturbação mental, estão mais susceptíveis a desenvolver comportamentos de abuso/dependência de substâncias psicoactivas cujos consumos poderão ajudar a aliviar e camuflar fenómenos psicopatológicos (podem funcionar como antidepressivos, antipsicóticos e ansiolíticos). Por outro lado, tem vindo a ser relatada a relação

entre doenças psiquiátricas decorrentes do consumo de substâncias psicoactivas (Patrício, 1997).

O Estágio nos diferentes módulos foi desenvolvido da seguinte forma:

Módulo III – (Opcional) – Pessoas com problemas de adição e outros, que decorreu no Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT), actual Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), no Centro de Respostas Integradas (CRI)/Equipa Técnica de Braga (ex - Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Braga), no período de 27 de Abril a 25 de Junho de 2011.

Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto, que se desenvolveu no meu local de trabalho, isto é, na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) em Braga, na Unidade de São Luís (Unidade de Desabilitação de Toxicodependentes), no período de 03 de Outubro a 26 de Novembro de 2011.

Módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, Diagnóstico e Prevenção, na Comunidade e nos Centros de Saúde. A realização deste módulo decorreu também na CSBJ no Projecto CONSENTIDO – Unidade Móvel de Apoio Domiciliário na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, no período compreendido entre 28 de Novembro de 2011 a 04 de Fevereiro de 2012.

Uma vez escolhida a temática e os locais para desenvolver este estágio, tenho a referir que, considero premente ajudarmos estas pessoas com problemas aditivos e as suas famílias a alcançarem o máximo potencial de saúde e a desenvolverem processos de adaptação eficazes aos seus problemas específicos. Ao longo da prestação de cuidados confrontamo-nos muitas vezes com reacções de sofrimento emocional profundas, por parte destes utentes mas também por parte das famílias, que acarretam ajustamentos psicológicos (individuais, familiares e sociais), difíceis de serem vividos, e que são indubitavelmente merecedores da atenção dos Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010a), o Enfermeiro Especialista deverá ter um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado. No que diz respeito às competências específicas do EESMP, este foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Conseguindo desta forma, diminuir o grau de incapacidade que algumas perturbações mentais originam (OE, 2010b).

Tendo por base estes enunciados, tive o propósito de ao longo dos vários módulos, desenvolver as competências preconizadas para o EESMP, utilizando todos os conhecimentos, toda a experiência acumulada e reflexão ética para permitir melhores cuidados, tendo em conta as necessidades e projectos de saúde dos utentes/famílias. Simultaneamente, pretendi contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem, nos diferentes contextos da prestação de cuidados, no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica.

Para uma maior facilidade de consulta do presente relatório, este foi dividido em cinco partes, a presente introdução, seguida da fundamentação teórica da temática escolhida, prossigo com a análise do percurso de aprendizagem, que está dividida em três subcapítulos, nos quais faço uma caracterização dos diferentes contextos de estágio, enuncio os objectivos comuns a todos os módulos e termino com os objectivos específicos, descrevendo as actividades desenvolvidas nos diferentes contextos. No quarto ponto faço referência às competências adquiridas ao longo deste percurso. Finalizo este trabalho com a conclusão, na qual reflecto sobre a elaboração deste documento, completando com uma síntese das competências adquiridas e sugestões. Em anexo foram colocados todos os documentos considerados pertinentes, desenvolvidos ao longo do Estágio, que permitem uma melhor caracterização das actividades desenvolvidas.

Para a estruturação da parte escrita deste relatório foi utilizada a Norma Portuguesa 405, preconizada pela UCP para realização de trabalhos escritos.

A metodologia utilizada para realização deste relatório foi a descritiva, dando lugar a uma descrição crítico-reflexiva das actividades desenvolvidas e das competências adquiridas, ao longo de todo este percurso.

Na realização deste documento, prevejo como principal dificuldade, a descrição de todas as experiências vividas, ao longo de todos estes meses de Estágio.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os problemas de saúde mental são hoje uma das principais causas de incapacidade e morbidade das nossas sociedades. Das 10 principais causas de incapacidade, 5 são perturbações psiquiátricas (Ministério da Saúde, 2008).

Actualmente é importante ter presente que a Saúde Mental é *um estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere* (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

Em Portugal, à semelhança de outros países, o consumo de substâncias lícitas (tabaco, álcool) e ilícitas (cannabis, heroína, cocaína, anfetaminas), devido à sua escalada, tem trazido graves problemas a nível da saúde pública das populações, provocando alterações a nível do sistema nervoso central e consequentemente a susceptibilidade de dependência psicológica e física, originando graves problemas na Saúde Mental.

Prevê-se igualmente um impacto crescente na sociedade portuguesa de problemas directa ou indirectamente relacionados com a saúde mental, como sejam os problemas de violência doméstica, o abuso de álcool e drogas, ou a delinquência juvenil (Resolução do Conselho de Ministros, 2008).

Os problemas de adição são portanto, um fenómeno complexo e crescente, que se apresenta como um desafio contínuo para a sociedade actual, sendo necessário instituir respostas efectivas a nível social, político, educacional e de saúde.

Os problemas relacionados com o abuso e dependência de álcool e drogas constituem importantes problemas de saúde pública com múltiplas associações com as perturbações saúde mental, sendo os seus determinantes em grande parte os mesmos que os das doenças mentais. Acresce que a co-morbilidade entre doenças mentais e perturbações ligadas com o abuso de álcool e droga é extremamente comum (Ministério da Saúde, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1995, citada pelo Observatório Europeu da Droga e das Toxicodependências (OEDT, 2004), define co-morbilidade, ou diagnóstico duplo, como a *co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e uma outra perturbação psiquiátrica*. Refere ainda que a co-morbilidade é muitas vezes subestimada e subdiagnosticada. *Cerca de 30% a 50% dos pacientes que recebem tratamento*

psiquiátrico na Europa sofre não só de distúrbios mentais, como também de perturbações causadas pelo consumo de substâncias, sobretudo o álcool, os sedativos ou a cannabis.

O abuso de substâncias psicoactivas é um problema actual e emergente que deve ser analisado de forma responsável, de modo a realizar um diagnóstico de situação detalhado e identificar estratégias eficazes de intervenção.

O consumo de substâncias e as farmacodependências representam um importante fardo para indivíduos e sociedades em todo o mundo. O Relatório sobre a saúde no mundo de 2002 indicava que 8,9% da carga global das doenças resultam do consumo de substâncias psicoactivas. O mesmo relatório mostrava que, em 2000, o tabaco representava 4,1%, o álcool 4% e as drogas ilícitas 0,8% da carga global das doenças. Uma grande parte dessa carga, que se pode atribuir ao consumo de substâncias e às farmacodependências, resulta de vários problemas sanitários e sociais, incluindo HIV/AIDS, que em muitos países é causado pelo uso de drogas injectáveis (OMS, 2004).

Face a esta problemática, o Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica (EESMP) deve estar apto para intervir ao nível da prevenção, do tratamento, da redução de riscos e minimização de danos e da reabilitação e reinserção.

Reabilitar implica que os planos de intervenção sejam realistas e se definam em torno das necessidades e potencialidades reais de cada indivíduo e seu contexto de vida tendo em conta o seu potencial.

A reinserção social tem como função apoiar os indivíduos no restabelecimento do equilíbrio individual interno, na aquisição da autonomia e liberdade na condução das suas vidas. Isto é, tem como objectivo o de criar condições para o desenvolvimento de percursos de inserção sustentados e duradouros (Ministério da Saúde, 2009).

As perturbações aditivas, nomeadamente o uso de álcool e drogas apresentam elevados níveis de incidência e de prevalência em toda a Europa, inclusivamente em Portugal.

Portugal continua a ser um dos países com consumo (de álcool) per capita mais elevado no mundo, o que constitui um dos mais graves problemas de saúde pública do país. (...) Tal como o abuso de álcool, embora em menor escala, o consumo de drogas é também um problema de saúde pública em Portugal, com implicações não só nos sistemas de saúde, mas também nos sistemas judicial e prisional (Ministério da Saúde, 2007).

Face a este contexto, é fundamental formar profissionais especializados para uma intervenção direccionada e eficaz, nas várias faixas etárias. Assim, do EESMP espera-se que *ajude a pessoa ao longo do ciclo vital, integrada na família, grupos, e comunidade a recuperar a saúde*

mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto e que preste cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar, de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde (OE, 2010b).

A acção do Enfermeiro nesta área é essencial, uma vez que este, além dos conhecimentos próprios que detém, possui uma proximidade privilegiada em relação ao utente, que é uma mais-valia para a sua intervenção. *A importância da intervenção da enfermagem, enquanto estratégia baseada na recuperação e estabilização do dependente é de suma relevância, uma vez que esse profissional terá mais oportunidades de acesso ao dependente, principalmente em momentos de maior fragilidade, isto é, quando ele procura ajuda por estar se sentindo mal e precisa ser acolhido e tratado adequadamente (Gonçalves e Cruz, 2007).*

A base de qualquer intervenção nas problemáticas aditivas deve ser o conhecimento profundo do utente, da sua patologia e do seu contexto, uma relação terapêutica verdadeira, sem juízos de valor e um contrato terapêutico efectivo entre o utente e o Enfermeiro.

Ainda segundo o mesmo autor *o conhecimento sobre dependência química, suas causas e consequências, além de capacitar tecnicamente o Enfermeiro para reconhecer sinais e sintomas das doenças que envolvem um dependente, poderá também, em princípio, ajudá-lo a livrar-se de preconceitos que possa ter em relação aos abusadores de álcool e/ou de drogas.*

Uma vez que, a discriminação da pessoa com problemas aditivos continua a ser marcada, além de intervir na prevenção dos comportamentos aditivos, inclusivamente nas faixas etárias mais jovens, na promoção da saúde mental, no tratamento, na redução de danos e na reabilitação e reinserção psicossocial, o EESMP deve ser um promotor da igualdade e da diminuição do estigma e marginalização do doente mental, nomeadamente da pessoa adicta.

Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre atitudes perante 18 incapacidades em 14 países constatou que o «uso nocivo de substâncias» estava em primeiro ou nos primeiros lugares em termos de desaprovação ou preconceito social (OMS, 2004).

Tendo em conta estes pressupostos, a actuação do EESMP junto de pessoas que abusam de substâncias psicoactivas, torna-se fundamental, na medida em que a sua intervenção, pode ter um contributo decisivo na resolução dos problemas aditivos desta população, pelo que a sua abordagem deve ser sempre centrada na pessoa mas tendo em conta toda a complexidade individual, familiar e sociocultural que este problema engloba.

2. ANÁLISE DO PERCURSO DE APRENDIZAGEM

No início deste trajecto tornou-se necessário a elaboração de um Projecto de Estágio (Anexo I) de forma a orientar para o desenvolvimento de competências da Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, permitindo uma maior orientação no planeamento de actividades no decurso do Estágio.

Tal como já referi no início deste relatório, o tema transversal aos diferentes contextos de estágio, foi desenvolver acções junto de pessoas com abuso/dependência de substâncias psicoactivas. Pretendi desta forma, contribuir para uma melhoria na prestação de cuidados de Enfermagem junto de pessoas/famílias com problemas de adição e/ou co-morbilidade. Assim, ao longo deste trajecto desejei uma participação activa das famílias/cuidadores no processo de tratamento destas pessoas com problemas aditivos. Por outro lado, apostei em acções formativas/sensibilização para os vários técnicos de saúde que têm contacto com esta população, contribuindo para um maior e melhor conhecimento do fenómeno das drogas e toda a sua problemática.

De seguida será feita uma breve caracterização dos diferentes campos de estágio e justificação dessas opções, seguida da descrição dos objectivos comuns a todos os módulos, e dos objectivos específicos e actividades desenvolvidas para cada módulo, de forma a aprofundar os conhecimentos e competências como futuro EESMP e igualmente atingir os objectivos definidos pela UCP para este Estágio

2.1. Caracterização dos diferentes contextos de Estágio

2.1.1. Módulo III – Instituto da Droga e da Toxicodependência – Centro de Respostas Integradas / Equipa Técnica de Braga

Após grande ponderação acerca da organização dos diferentes módulos de Estágio, e uma vez que o tema transversal escolhido foi o abuso/dependência de substâncias psicoactivas, optei, após reflexão com a Professora Orientadora do Projecto, por iniciar este estágio pelo Módulo III (Opcional) – junto de pessoas com problemas de adição, no Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), actual Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), mais precisamente no Centro de Respostas Integradas (CRI) / Equipa Técnica (ET) de Braga, com o objectivo de obter um melhor conhecimento do fenómeno das drogas e das toxicodependências num contexto mais próximo da comunidade.

Em Portugal cabe ao Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público (IDT, IP) a responsabilidade pela prevenção, tratamento e reinserção dos utentes dependentes assim como todas as restantes matérias relacionadas com as problemáticas aditivas.

Esta instituição foi criada em 29 de Novembro de 2002, através do decreto-lei n.º269-A/2002 de 29 de Novembro resultando da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência com o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência. O IDT, IP é *um instituto público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa e património próprio, exercendo a sua actividade sob a tutela e superintendência do Ministro da Saúde* (Decreto-Lei n.º 269-A/2002). A sua sede fica localizada em Lisboa, sendo que é um instituto com serviços descentralizados designados de Delegações Regionais (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve). Sob a tutela das Delegações Regionais estão as Unidades de Intervenção Local (Centros de Respostas Integradas (CRI), Unidades de Desabilitação (UD), Comunidades Terapêuticas (CT) e Unidades de Alcoologia (UA)).

Os CRI's são unidades de intervenção local que prestam cuidados globais às pessoas com problemas de dependência e seus envolventes, em regime ambulatório, individualmente ou em grupo. Integradas nos CRI existem Equipas de Prevenção, Equipas de Tratamento (ET), Equipas de Reinserção e Equipas de Redução de Danos, cada uma delas com áreas de actuação e intervenções específicas.

Para fazer face à problemática das dependências no concelho de Braga, existem uma série de recursos na comunidade, entre os quais o CRI (surgiu em 1992 com a denominação de Centro Atendimento a Toxicodependentes (CAT)), a Cruz Vermelha Portuguesa, a Casa de Saúde do Bom Jesus (Unidade de S. Luis), Comunidades Terapêuticas, os quais tive a oportunidade de conhecer no decorrer deste estágio (Anexo II).

O CRI de Braga encontra-se sob a alçada da Delegação Regional Norte e abrange as Equipas de Tratamento de Braga e Guimarães.

O IDT, IP preconiza que nestas equipas se realize *a triagem, o rastreio de doenças infecciosas, a avaliação, o plano terapêutico, o acompanhamento e, quando necessário, o encaminhamento ou referenciação dos utentes que as procuram, sendo fundamental tratar o seu estado físico e psicológico, dar-lhes suporte emocional, trabalhar a sua motivação para tratamento, ajudá-los a ultrapassar os sentimentos de insegurança, angústia, desespero, falta de confiança e de esperança, inerentes a algumas fases deste processo e fazer a prevenção de recaídas* (IDT, IP, 2010).

A ET de Braga abrange os concelhos de Amares, Braga, Esposende, Póvoa do Lanhoso, Terras de Bouro, Vieira do Minho, Vila Nova de Famalicão, Vila Verde e Barcelos (Consulta

descentralizada). Esta ET funciona nos dias úteis (2ª e 6ª das 9h/13.30h e das 14.30h/17.30h; 3ª, 4ª e 5ª das 9h/13.30h e das 14.30h/19.30h).

Relativamente aos recursos humanos, a ET de Braga é composta por: 2 Médicos psiquiatras (1 a tempo parcial); 4 Enfermeiros (1 EESMP); 2 Técnicas de serviço social; 8 Psicólogos clínicos; 2 Médicos de clínica geral (a tempo parcial); 1 Técnica psicossocial; 1 Técnica administrativa; 4 Auxiliares de apoio e vigilância; 1 Vigilante (externo à instituição).

Além das consultas de enfermagem realizadas aquando do acolhimento do utente, segundo o “documento de apresentação da ET de Braga, 2010”, o acompanhamento de Enfermagem engloba:

- Programa de Tratamento com substitutos opiáceos – Suboxone, Buprenorfina, Cloridrato de Metadona.
 - Cloridrato de Metadona (Anexo III): Administração individual assistida (os utentes podem fazer tomas assistidas diárias na ET, levando apenas a medicação para o fim-de-semana; ou deslocarem-se lá apenas em dias alternados (2ª/4ª/6ª) ou dois dias por semana (3ª/6ª ou 2ª/5ª) levando a medicação para os restantes dias).
 - Acompanhamento do utente
 - Articulação com outras instituições
- Preparação/administração terapêutica (psiquiátrica, antibacilar, antagonista/agonista opiáceo, etc);
- Detecção de metabolitos de drogas na urina;
 - Testes de opiáceos, cocaína, cannabis, subutex, buprenorfina e metadona
 - Supervisão da colheita de urina
- Realização de pensos/encaminhamentos;
- Intervenção em situação de urgência;
- Vacinação de utentes/companheiros:
 - Tétano e Difteria
 - Hepatite B
 - Gripe
- Consulta do “programa Klotho”:
 - Rastreio rápido para VIH
 - Aconselhamento, diagnóstico e referenciação
- Distribuição de anticonceptivos:
 - De barreira: preservativo masculino
- Triagem;
- Atendimento individual – relação de ajuda;
- Atendimento à família;
- Atendimento à comunidade;

- Orientação de alunos de enfermagem;
- Colaboração com estágios de outras categorias profissionais;
- Colaboração em trabalhos de investigação.

A admissão do utente na instituição acontece quando este efectua uma inscrição, ficando a aguardar até cerca de 22 dias úteis da data da primeira consulta. Esta é agendada quando for atribuído um terapeuta ao utente, que pode ser médico, psiquiatra ou psicólogo, dependendo da disponibilidade de cada um. Normalmente a inscrição é efectuada pelo próprio utente mas pode, também, ser solicitada por outras instituições, como por exemplo o Tribunal, Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência, Centros de Saúde, entre outras entidades.

De forma a dar respostas mais efectivas aos problemas da comunidade, a ET de Braga tem parcerias com diversas instituições do concelho, tais como: o Hospital de Braga (departamento psiquiatria; consulta de risco social; consulta de Infecçiology, continuidade do PTAO Metadona); a Casa de Saúde Bom Jesus (desabituação de substâncias psicoactivas; duplo diagnóstico); Estabelecimentos Prisionais; Cruz Vermelha Portuguesa (Equipa de Rua; Equipa de Intervenção Social Directa e Centro de Alojamento Temporário); Associação Nacional de Farmácias (distribuição de Metadona); Comissão para a Dissuasão da Toxicodependência entre outras.

2.1.2. Módulo II – Casa de Saúde do Bom Jesus – Unidade de São Luis

A escolha do meu local habitual de trabalho como local de estágio, prende-se ao facto de querer contribuir para a dignificação do papel do EESMP nesta unidade, intervindo desta forma, junto da pessoa com abuso/dependência de substâncias psicoactivas em crise. Pretendo ainda, contribuir para uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados aos utentes internados.

A Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), encontra-se enquadrada na Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, fundada em 31 de Maio de 1881 em Madrid, e surge com o objectivo de dar resposta às situações de abandono e exclusão social dos utentes do sexo feminino existente na época, sob o impulso de Bento Menni, Maria Josefa Récio e Maria Angústias Giménez.

Desde a sua fundação, a Congregação tem como um dos seus objectivos prioritários o de proporcionar às pessoas acolhidas nos seus estabelecimentos uma assistência e cuidados especializados de saúde integrais. A sua missão desenvolve-se através da oferta de serviços de saúde para pessoas com perturbações mentais, deficientes físicos e psíquicos e, ocasionalmente, pessoas com outras patologias.

A Congregação encontra-se implementada nas várias partes do mundo e tem vindo a expandir-se, encontrando-se hoje presente em 24 países de 4 continentes (Ásia, Europa, África e América). Em Portugal a Congregação está presente desde 1894 e é constituída por 12 centros.

A CSBJ foi fundada em 30 de Setembro de 1932, correspondendo à vinda do primeiro grupo de Irmãs Hospitaleiras e encontra-se situada em Braga.

Este centro abrange uma cobertura assistencial a utentes oriundos do Sistema Nacional de Saúde do foro psiquiátrico do Distrito de Braga (enviados pelo Departamento de Psiquiatria do Hospital de Braga), sendo alargada esta cobertura a todo o país, a utentes de outros subsistemas públicos, privados e utentes referenciados pelo Instituto da Droga e da Toxicoddependência.

É constituída por dois tipos de unidades assistenciais, nomeadamente:

Unidades de Longo internamento

- Unidade Sagrado Coração de Jesus (Unidade 1)
- Unidade S. Bento (Unidade 2)
- Unidade S. José (Unidade 3)
- Unidade Nossa Senhora de Fátima (Unidade 4)

Curto internamento

- Unidade S. João de Deus (Unidade 5)
- Unidade S. Luís (Unidade 6)
- Unidades de Reabilitação
- Residência Santa Teresa
- Apartamentos Terapêuticos

A Unidade de S. Luís foi fundada em 6 de Novembro de 1992. Trata-se de uma unidade de internamento de curta duração, para desabitação de toxicoddependentes, tendo capacidade para 11 utentes (10 camas convencionadas, 1 cama particular), que se destina ao tratamento de pessoas dependentes de drogas e álcool, de ambos os sexos, para desintoxicação e/ou para tratamento de situações de duplo diagnóstico psiquiátrico ou co-morbilidade.

O período de internamento para tratamento varia:

- ✓ Até ao máximo de 10 dias se o utente vem para a desabitação da sua toxicoddependência (heroína, cocaína, cannabis, benzodiazepinas);
- ✓ Até 14 dias se o utente vem para desabitação de álcool ou se está em programa de substituição opiácea, por Cloridrato de Metadona ou Buprenorfina;

- ✓ Até ao máximo de 21 dias se o utente tiver associado à sua toxicodependência uma doença mental grave (co-morbilidade psiquiátrica).

A Unidade de São Luis encontra-se situada no 2º piso, de um edifício de 3 andares. Trata-se de uma pequena unidade, onde os utentes encontram espaço para períodos de lazer, convívio, realização de actividades, repouso, alimentação, um espaço acolhedor, beneficiando de luz natural.

A unidade possui:

- 2 Salas de estar;
- 1 Refeitório e 1 pequena copa;
- 5 Quartos com respectivos WC's privativos;
- 2 Quartos de isolamento (1 para realizar contenção física e o outro anti-traumático);
- 1 Gabinete de Enfermagem;
- 1 Gabinete médico;
- 1 Arrecadação;
- 1 Vestiário com WC e chuveiro para os funcionários da Unidade.

A Unidade de S. Luís inclui na sua equipa multidisciplinar: 8 Enfermeiros, (4 dos quais ESSMP), 3 Psiquiatras; 1 Animadora Social; 3 ajudantes de enfermagem; 1 Professor de Educação Física; 1 Técnica de Serviço Social; 1 Psicóloga e 1 elemento da equipa da Pastoral da Saúde.

Os Enfermeiros que constituem a equipa asseguram a prestação de cuidados de Enfermagem nas 24 horas, sendo distribuído um Enfermeiro por cada turno de trabalho. O turno da manhã das 8h às 14h ou 8h às 16h, turno da tarde das 14h às 22h ou 16h às 22h, turno da noite, das 22h às 8h.

Os internamentos são realizados de segunda a sexta-feira. No dia de internamento, é pedido ao utente que venha acompanhado pela família/pessoa significativa quando possível e que se apresente na Instituição entre as 14h e as 15h para se proceder ao seu internamento.

Os objectivos para a proposta de internamento nesta Unidade são diversos. São propostos tratamentos para abstinência de opiáceos sem antagonista, abstinência de opiáceo com indução de antagonista opiáceo, abstinência para ingressar numa comunidade terapêutica, concluir o programa de substituição opiácea (Cloridrato de Metadona, Buprenorfina), ajuste de dose de agonista e tratamento de co-morbilidade psiquiátrica.

Durante o ano de 2010, foram internados 268 utentes nesta Unidade, sendo que 261 eram provenientes de protocolos com os vários CRI's do país e 7 como internamentos particulares.

Quanto ao género, 236 eram Homens e 32 Mulheres. Os Utentes que entraram pela primeira vez foram 76; reentradas 192; utentes com duplo diagnóstico 87. No total terminaram o programa 210, abandonaram 51 utentes, tendo sido expulsos 6 utentes e 1 transferido para o Hospital de Braga por apresentar complicações. Os dados atrás mencionados foram obtidos, através da elaboração de uma base de dados, criada no decorrer deste módulo II, no programa informático SPSS. Alguns destes dados, após prévia autorização da Direcção da CSBJ, foram utilizados para elaborar um Poster e respectivo Artigo para participar no Congresso da SPESM 2011 que decorreu no Algarve. (Anexo IV)

2.1.3. Módulo I – Casa de Saúde do Bom Jesus – Projecto Consentido

A escolha desta unidade para realizar o último módulo de estágio, prende-se com o facto de ter há muito tempo a curiosidade de conhecer a dinâmica de uma unidade móvel de apoio domiciliário integrado na área da saúde mental e psiquiátrica, pois trata-se de um projecto pioneiro nesta área. Para além disso e não menos importante, a escolha desta unidade possibilitou-me uma abordagem mais próxima das famílias dos utentes que são seguidos neste projecto, entre os quais, existem alguns casos de co-morbilidade psiquiátrica aliada a abuso/dependência de substâncias psicoactivas, e que foram o principal foco da minha intervenção neste contexto.

O Projecto Consentido, entidade na qual realizei o Estágio do módulo I – Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção, está sediado na Casa de Saúde do Bom Jesus aproveitando assim, sinergias em termos de recursos. A caracterização da CSBJ já foi efectuada no ponto anterior, pelo que vou limitar-me a caracterizar esta Unidade Móvel.

Esta unidade móvel de apoio domiciliário integrado na área da Saúde Mental e Psiquiátrica, visa desenvolver acções ao nível da promoção da saúde mental, da prevenção e tratamento da doença mental e da redução de danos e reinserção na comunidade.

No campo da promoção da saúde mental, propõe-se efectuar uma intervenção especializada baseada numa abordagem integral da doença mental, bem como a prática a longo prazo de uma intervenção intersectorial; o desenvolvimento de acções de luta contra o estigma; a desmistificação da doença mental e também a promoção de estilos de vida saudáveis. Na prevenção dos problemas de saúde mental propõe-se reduzir os factores de risco e promover os factores de protecção; diminuir a incidência e a prevalência das doenças mentais e minimizar o impacto da doença nas pessoas, nas famílias e na comunidade.

No tratamento da doença mental prevê-se o diagnóstico e intervenção precoce nos casos de descompensação; intervenção em crise; adesão ao regime terapêutico; assegurar a

administração de neurolépticos de acção prolongada (NAP); diagnóstico e intervenção no cuidador informal; levantamento de necessidades sócio-familiares.

Quanto à redução de danos e reinserção, consideramos pertinente a concretização de programas psico-educacionais; formação aos cuidadores informais; restabelecimento das redes de suporte social informal e a promoção/facilitação do contacto com as redes de suporte social formal.

A equipa multidisciplinar é formada por 3 Enfermeiros (1 EESMP), 1 Assistente social, 2 Psicólogas, 1 Psiquiatra, 1 Assistente espiritual e 1 Administrativa.

As intervenções desta equipa baseiam-se em visitas domiciliárias e aconselhamento/encaminhamento, por via telefónica.

As visitas domiciliárias são realizadas sempre que se justificar, no período diurno (9h - 18h), em caso programado ou caso de urgência após contacto telefónico. A equipa é sempre constituída por um EESMP e outro técnico superior (normalmente Assistente Social ou Psicóloga).

O aconselhamento e encaminhamento são efectuados através de uma linha telefónica directa. As chamadas são atendidas sempre por um EESMP ou outro técnico superior.

Os destinatários deste projecto são pois, pessoas em situação de dependência, devido a transtornos depressivos, comportamentos suicidários, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas, preferencialmente em tratamento continuado, nomeadamente com NAP, demências e perturbação bipolar.

Os utentes são referenciados pela unidade de curto internamento da CSBJ, aos quais se realizará, uma visita domiciliária para identificação de necessidades e definição de um plano de actuação. Os utentes podem também ser referenciados pelas Unidades de Saúde Familiares, Hospitais e Centros de Saúde ou outros subsistemas de saúde com os quais existem parcerias. Esta unidade propõe atingir em simultâneo o acompanhamento de 75 utentes.

Objectivos gerais:

- Promover o bem-estar mental;
- Lutar contra o estigma, a discriminação e a exclusão social;
- Prevenir os problemas de saúde mental;
- Prestar cuidados no quadro de serviços e de intervenções integrados na comunidade, prevendo a participação dos doentes e cuidadores;
- Reabilitar integrando socialmente as pessoas que sofrem de perturbações mentais;
- Evitar a institucionalização;
- Promover a articulação entre a rede de saúde e de suporte social.

Objectivos específicos:

- Aumentar a qualidade de vida das pessoas com perturbação mental;
- Aumentar o nível de satisfação dos cuidadores do doente com perturbação mental;
- Aumentar a acessibilidade a cuidados especializados de saúde mental e psiquiátrica;
- Reduzir os factores de risco;
- Diminuir a co-morbilidade psiquiátrica;
- Reduzir taxa de abandono dos NAP;
- Diminuir a prevalência de crises;
- Aumentar a autonomia nas actividades de vida diária (AVD);
- Aumentar a autonomia nas actividades instrumentais de vida diária (AIVD);
- Reduzir a sobrecarga do cuidador;
- Capacitar os cuidadores para a prestação de cuidados;
- Criar um sistema de registo de dados epidemiológicos e sociológicos;
- Diminuir a exclusão social e a violência;
- Avaliar as condições sócio-familiares;
- Orientar para estruturas de apoio social e de saúde.

As visitas domiciliares realizadas pela unidade móvel de apoio domiciliário integrado para a Saúde Mental e Psiquiátrica, na qual participa activamente um EESMP, constituem um instrumento facilitador na abordagem a pessoas com problemas mentais e respectivas famílias. Por meio deste recurso podemos conhecer a dinâmica familiar, com o objectivo de verificar as possibilidades de envolvimento da família no tratamento oferecido à pessoa com doença mental. Possibilita ainda colocar em prática alternativas de intervenção aos utentes na comunidade, para que estes mantenham o exercício da sua autonomia e cidadania, ou mesmo para reabilitá-los. Estas alternativas fazem com que as intervenções que possamos oferecer ao utente sejam mais satisfatórias, podendo até evitar o (re)internamento hospitalar.

2.2. Objectivos de Estágio e actividades desenvolvidas

Neste subcapítulo abordarei os objectivos comuns aos três contextos de estágio, seguidos dos objectivos específicos de cada um deles. Para cada objectivo, faço uma descrição das actividades/estratégias utilizadas e que contribuíram para a aquisição de competências de EESMP.

2.2.1. Objectivos Comuns

- ***Identificar a estrutura física, organizacional e funcional das diferentes Instituições/Unidades.***

Este objectivo foi atingido com eficácia nos três campos de estágio. Para tal, foi fundamental uma boa integração junto das diferentes equipas multidisciplinares, que se mostraram sempre disponíveis para dar esclarecimentos sobre as dinâmicas de cada unidade. A observação directa e a participação na prestação de cuidados, a consulta de procedimentos, manuais e regulamentos internos, normas, protocolos e legislação específica, foram fundamentais para a execução deste objectivo.

Pude constatar por exemplo que as condições de trabalho do CRI/ET de Braga (módulo III) estão longe de ser as ideais, com gabinetes para consulta e uma sala para o programa de metadona, manifestamente insuficientes para o trabalho a ser desenvolvido e tendo em conta quer as noções de *settings* terapêuticos e de confidencialidade. Por outro lado é notória a falta de técnicos de saúde (enfermeiros, psiquiatras e psicólogos) face ao número de utentes inscritos.

Quanto ao módulo II, uma vez que exerço funções na CSBJ – unidade de São Luis há mais de três anos, não foi necessária integração, bem como o conhecimento da estrutura física da instituição/unidade na qual realizei o módulo II. Contudo, face ao regulamento interno desactualizado e incentivado pelo enfermeiro chefe e pelo enfermeiro tutor, procedi à elaboração de uma nova proposta de Regulamento Interno da Unidade (Anexo V), que já foi submetido a avaliação por parte da direcção da CSBJ e que poderá ser um importante documento de integração de novos profissionais nesta unidade.

No que respeita ao estágio no Projecto Consentido (módulo I), apesar de este se encontrar inserido na mesma instituição em que trabalho (CSBJ), eu detinha à partida um grande desconhecimento relativamente a este contexto de visitaçã domiciliária. Para tal, a enfermeira tutora teve um grande contributo ao disponibilizar-me informação (e documentação), relativa a este projecto e clarificou conteúdos relativos à organização e funcionamento do serviço.

Aproveitando as reuniões de equipa nos diferentes contextos, foi dado a conhecer à equipa multidisciplinar a pertinência do meu estágio e do meu projecto de estágio. Assim, fui participando progressivamente na discussão de casos e dos planos de intervenção terapêuticos.

- ***Demonstrar capacidade de trabalho, dotado de uma prática segura, profissional e ética, inserido numa equipa multidisciplinar.***

Após integração sem dificuldades nas equipas multidisciplinares e nas dinâmicas dos diferentes contextos de estágio, a minha presença junto destas equipas e dos utentes foi aceite em pouco tempo, pois os utentes perceberam a razão da minha presença e aceitavam-me

como mais um técnico pertencente aquela unidade/serviço, aceitando com alguma facilidade as minhas intervenções.

Nos mais diversos contextos de estágio, foram debatidas por diversas vezes, questões éticas e deontológicas de Enfermagem, tais como o “dever de sigilo”; “humanização dos cuidados”; “do direito ao cuidado”, “do dever de informação” entre outros. Tal como dizem Nunes, Amaral e Gonçalves (2005), o desenvolvimento da profissão de Enfermagem deve-se em grande parte à compreensão da responsabilidade ética e deontológica dos enfermeiros, assim torna-se fundamental o debate frequente destas questões no seio das equipas de enfermagem, de forma a beneficiar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas.

Para atingir este objectivo, pretendi ainda contribuir para a formação contínua dos enfermeiros em contexto de trabalho, pois esta permite uma constante aquisição de conhecimentos técnicos, científicos e relacionais essenciais para ultrapassar determinadas necessidades e colmatar lacunas que se fazem sentir ao longo da prática, permitindo, assim um melhor desempenho dos profissionais, bem como da qualidade dos cuidados prestados. Assim, no módulo II desenvolvi uma sessão formativa para a equipa de Enfermagem da Unidade de São Luis sobre Boas Práticas de enfermagem, em situações de violência/agressividade (Anexo VI). Segundo a OE (2007), *a Boa Prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objectivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos.*

A escolha desta temática justifica-se, pelo facto de se tratar de uma unidade vocacionada para o tratamento de desabitação de drogas, álcool e co-morbilidade psiquiátrica associada aos consumos, em que ocorre com alguma frequência, casos de violência de utentes internados, direccionada a outros utentes internados, mas também aos profissionais de saúde. Tal como refere Rosa (2008) *o uso de drogas e álcool é um dos principais factores de risco para a violência e ainda o risco depende de um conjunto de variáveis incluindo o tipo de distúrbio, a natureza e gravidade da doença, a influência de co-morbilidade com o consumo de álcool e drogas.* Assim, com esta intervenção houve a intenção de uniformizar a actuação da equipa de enfermagem perante situações de violência/agressividade, de modo a diminuir os riscos para os profissionais de saúde, respeitando sempre a integridade física do utente e também os seus direitos como utente e como pessoa. No final da sessão, verifiquei uma enorme satisfação dos colegas que participaram, através de um questionário que lhes foi aplicado no final da sessão. (Anexo VII)

- ***Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de Enfermagem ao utente na área da Saúde Mental e Psiquiátrica.***

De uma forma contínua e fundamentada, desenvolvi uma prestação de cuidados sempre adequada às necessidades específicas dos utentes, de forma a desenvolver competências de EESMP, adequadas a cada situação e em diferentes contextos.

Segundo, Hesbeen (2004) cuidar é a expressão da sua humanidade dentro da própria humanidade, é o respeito pela vida humana, pela pessoa com os seus aspectos culturais, crenças e comportamentos. O enfermeiro deve sentir a necessidade de conhecer todos estes aspectos, tornando os seus cuidados ajustados a cada utente e a cada contexto.

Enquanto Enfermeiro e durante o presente curso pude assimilar este conceito central ao cuidado de enfermagem: a relação de ajuda. A relação de ajuda implica, muito mais do que "o estar junto" em presença física. Requer do enfermeiro competências como a presença, o estar centrado na pessoa e a capacidade de escuta, a empatia, o respeito e a aceitação do outro. Por tudo isto, o enfermeiro proporciona um ambiente seguro e confortável e estabelece uma relação de confiança com o utente.

A relação de ajuda é uma relação limitada no tempo que encontra nas necessidades terapêuticas dos clientes os seus próprios objectivos (Lazure, 1994), ajudando a identificar os seus problemas reais ou potenciais, a perceber a forma como os seus problemas interferem no seu quotidiano, a identificar as suas capacidades de adaptação e a co-participarem no processo de cuidar. Ainda segundo o mesmo autor, a relação de ajuda é *uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas*. A relação de ajuda é por isso uma intervenção terapêutica, actuando no sentido de promover no outro os meios e recursos internos que possibilitem a resolução de estados de crise através de, entre outras, técnicas comunicacionais.

Assim, este estágio possibilitou-me desenvolver as minhas competências relacionais com os utentes. Tomei como indicadores do estabelecimento de uma relação de ajuda com os utentes, que estes: solicitassem a minha presença, me abordassem espontaneamente e me confidenciassem aspectos íntimos, os seus sentimentos, necessidades e preocupações.

Para além desta relação de ajuda mais informal, desenvolvida em todos os módulos, tive a oportunidade de no módulo I – Projecto Consentido, desenvolver competências de relação de ajuda formal, isto é, de uma forma planeada com o utente e implementada através da realização de várias sessões, cujo número é variável, sendo o mínimo de três (Anexo VIII). Este trabalho junto de um utente com co-morbilidade aliada a consumos frequentes de cannabis, permitiu a expressão de empatia e desenvolvimento da escuta activa, a gestão de sentimentos, a realização de ensinamentos que visassem necessidades individuais e relativamente à dependência de substâncias e o controlo da ansiedade. Sendo assim, posso afirmar que o

tempo “gasto” neste processo é irrisório, em comparação com os resultados que são bem visíveis.

Outro aspecto que trabalhei ao longo deste estágio, diz respeito ao estigma e aos deficits de conhecimentos relativamente à doença mental, por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente Enfermeiros que trabalham num contexto comunitário como o CRI/ET de Braga. Segundo as indicações da OMS (2001) existe uma necessidade de sensibilização da comunidade para desmistificar a doença mental, promover a saúde mental e recuperação dos direitos humanos das pessoas com tais transtornos. Assim, de modo a desenvolver uma acção formativa junto da equipa de enfermagem deste centro na área da SMP, resolvi aplicar questionários à equipa de Enfermagem, sendo seleccionada a temática Esquizofrenia (Anexo IX). Esta escolha justifica-se devido ao nº de casos de utentes com este diagnóstico, que frequentemente se deslocam a este centro. Esta sessão teve como objectivos: expor a problemática que está subjacente a esta doença, de forma a reduzir o estigma, mostrar como é feito o tratamento, a importância da adesão à terapêutica anti-psicótica, quais os recursos na comunidade para a reabilitação, bem como o debate de questões práticas sobre o tratamento dos utentes que sofrem de esquizofrenia.

Ainda no CRI/ET, abordei o tema *Burnout* junto da equipa de enfermagem, pois notava-se que alguns elementos da equipa apresentavam desgaste emocional e stress relacionado com o trabalho. Para Sá (2008), *burnout* é um processo resultante da exposição prolongada no tempo a uma carga elevada de stress ocupacional crónico. Parece ser uma síndrome característica dos profissionais, que lidam directamente com pessoas necessitando de ajuda, tais como enfermeiros, médicos, psicólogos e outros terapeutas. Foi aplicada a *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Anexo X), à equipa de Enfermagem, tendo-se verificado após análise das respostas fornecidas, que 2 Enfermeiras apresentavam um grau de exaustão emocional moderado. Assim, procedi à realização da sessão formativa sobre o *Burnout* (Anexo XI), dando conhecimento deste fenómeno cada vez mais comum, dando algumas sugestões para reforçar o bem-estar mental.

Considero que estas duas sessões foram momentos que contribuíram grandemente para a aquisição de novos conhecimentos, através da pesquisa bibliográfica realizada e momentos de aprendizagem para todos, através do proveitoso debate de ideias entre todos. No final da sessão, verifiquei uma enorme satisfação dos colegas que participaram, através de um questionário que lhes foi aplicado no final da sessão. (Anexo VII)

Considero que este objectivo foi amplamente atingido, na medida em que possibilitou o desenvolvimento de competências e a mobilização de conhecimentos teórico-práticos para um contexto de trabalho.

- ***Demonstrar capacidade reflexiva, no âmbito dos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.***

Este é um dos objectivos mais importantes de todo este percurso, pois tal como refere Alfaro (1996), *os enfermeiros que não reflectem criticamente, sobre a prática, tornam-se parte do problema*. Este objectivo estava preconizado pela escola como meio de avaliação entre os diferentes módulos de estágio, tal como a elaboração do Portfólio de Estágio, que reúne todo o trabalho produzido e que revela a capacidade de reflectir acerca da nossa prática, mas também acerca dos contextos de estágio em que estamos inseridos. Considero que este objectivo foi cumprido, uma vez que ampliei os meus conhecimentos através da realização de inúmeras pesquisas bibliográficas, com o objectivo de fundamentar o trabalho que desenvolvi ao longo deste percurso.

2.2.2. Objectivos específicos de cada módulo

Módulo III – IDT, IP – CRI/ET de Braga

- ***Desenvolver actividades tendo em vista a prevenção, a redução de riscos e minimização de danos, junto dos utentes do CRI/ET de Braga.***

Tal como já referi anteriormente neste relatório, o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros neste contexto está essencialmente ligado ao programa de substituição opiácea com metadona, aliás como na maioria dos CRI/ET do país. Este facto limita a acção dos enfermeiros em prestar cuidados holísticos à pessoa, e limita o acesso à equipa de enfermagem no caso de não estarem inscritos no programa da metadona. Contudo, considero que não está em causa a qualidade dos cuidados prestados a esta população, pois nos momentos de contacto com o utente, consegui estabelecer um clima de confiança, respeito, aceitação e compreensão, para que os utentes expressassem os seus sentimentos e falassem abertamente sobre os problemas.

Foi possível contactar com diversas valências deste centro, para além do programa de metadona, pude também realizar dezenas de rastreios de metabolitos na urina, sendo também este um momento informal de educar e motivar o utente para hábitos mais saudáveis, e por outro lado conhecer os comportamentos de risco dos mesmos. O programa Klotho – detecção precoce de VIH, revela ser um momento privilegiado no qual se imprimem importantes competências de aconselhamento e de educação para a saúde sobre estilos de vida mais saudáveis. Com o decorrer deste estágio, fui-me apercebendo que os utentes detinham dúvidas frequentes sobre métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e

formas de transmissão dos vírus da hepatite. Este facto pode ser confirmado pelos valores apontados no Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012, que nos diz que *entre os grupos de utentes que recorreram em 2004 às diferentes estruturas de tratamento da toxicod dependência, as percentagens de positividade para o VIH variaram entre os 12% e os 28%. Em igual período entre a população toxicod dependente, as percentagens de positividade para a Hepatite B variaram entre os 3% e os 9% e para a Hepatite C entre os 44% e os 62%.*

No início deste módulo, tinha a expectativa de desenvolver junto desta população, uma temática ligada à área da SMP, contudo dado o pouco interesse manifestado pelos utentes pelos temas sugeridos, acabei por optar pela realização de uma sessão de Educação para a Saúde sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) mais popularmente conhecidas por Doenças sexualmente transmissíveis (DST- nome pelo qual designei esta sessão) (Anexo XII).

Esta sessão foi considerada pelos participantes como muito importante, pois nenhum deles sabia que existiam tantas DST, ficando conscientes de que o preservativo pode ser um meio muito eficaz de protecção contra algumas destas doenças, mas nem todas. Um ponto negativo em relação a esta sessão diz respeito à fraca adesão dos utentes, pois tive 9 inscrições das quais somente 4 apareceram, o que a equipa de Enfermagem considerou de “normal” sendo uma situação muito recorrente. Contudo, verifiquei uma enorme satisfação dos participantes que decidiram vir, através de um questionário que lhes foi aplicado no final da sessão (Anexo XIII). Achei igualmente pertinente a elaboração e distribuição aos participantes de folhetos informativos sobre esta temática, uma vez que considero ser uma boa maneira de fazer passar a mensagem (Anexo XII). Os objectivos da sessão de esclarecimento sobre DST realizada foram cumpridos plenamente, contudo apenas a continuidade na realização destas sessões poderá inferir sobre os seus resultados terapêuticos, já que implica metas a longo prazo.

As sessões desenvolvidas estão de acordo com o Plano Nacional de Saúde em vigor, em que prevê como uma das áreas de intervenção a promoção de estilos de vida saudáveis, refere ainda, que a saúde mental percorre transversalmente todos os problemas de saúde humana, contributo este que o EESMP nesta área pode e deve assegurar.

- ***Conhecer outras instituições de apoio às dependências que trabalham em articulação com o CRI/ET de Braga.***

Este objectivo foi um dos que mais desejei cumprir, pois há muito que desejava conhecer estas instituições. Em alguns casos já trabalhava em articulação com as mesmas no meu local de trabalho, muito embora o meu contacto com as mesmas fosse bastante restringido. Assim, para cumprir este objectivo, fiz um levantamento destas instituições de apoio às dependências (Anexo II), existentes no concelho de Braga, tendo à posteriori estabelecido contacto com as

mesmas, para marcação de visita às instalações. Assim, com estas visitas passei a perceber melhor como é feita a reabilitação e reinserção social das pessoas com problemas de adição. Contudo, surgiu-me uma enorme inquietação, que foi a de ter constatado não existir qualquer Enfermeiro a trabalhar nessas instituições, o que encarei com desagrado, pois considero que o Enfermeiro, nomeadamente o EESMP poderia certamente acrescentar qualidade nos cuidados prestados a estes utentes. Contudo, fui bem recebido em todas estas visitas, ficando em aberto uma possível colaboração com as mesmas, para realizar sessões de educação para a saúde para os utentes, sobre as mais diversas temáticas. Neste sentido, tomei conhecimento das diferentes instituições existentes e qual o seu papel junto de pessoas com abuso/dependência de substâncias psicoactivas.

Módulo II – Casa de Saúde do Bom Jesus – Unidade de São Luís

- ***Prestar cuidados de Enfermagem Especializados na área de SMP a utentes que necessitem de tratamento de desintoxicação de substâncias de abuso e/ou co-morbilidade psiquiátrica.***

Tratando-se do meu local de trabalho, e sendo uma realidade que me é bastante familiar e para a qual estou muito sensibilizado, pretendi que as intervenções realizadas neste contexto fossem de encontro às necessidades identificadas. Tal como refere Ferreira-Borges e Cunha Filho (2004), *a desintoxicação, quando abordagem única do tratamento das dependências está relacionada com elevadas taxas de recaída*. Considero portanto, imprescindível a aplicação de outras estratégias por parte do EESMP de forma a otimizar a preparação da alta clínica junto destes utentes. Entre essas intervenções destaco a realização de sessões Psicoeducativas, com o objectivo de aumentar o conhecimento do utente, acerca da sua doença e formas de tratamento, uma vez que, o aumento do conhecimento habilita a pessoa a lidar de forma efectiva com a sua doença. Não se limita a condições psíquicas e constitui uma intervenção chave para aumentar a adesão ao tratamento e melhorar o desfecho da doença a longo prazo. Assim, procedi à realização de uma sessão Psicoeducativa denominada “Os malefícios das drogas Lícitas e ilícitas” (Anexo XIV). No final desta sessão, os utentes colocaram questões acerca da apresentação, promovendo-se desta forma, um rico debate de ideias relativamente aos problemas associados ao abuso de substâncias psicoactivas. Foi ainda distribuído um questionário de avaliação da sessão (Anexo XIII), em que os participantes revelaram uma grande satisfação em ter participado na mesma.

O estado de saúde quer seja físico ou mental, está estritamente ligado aos estilos de vida de cada pessoa, portanto, torna-se necessário promover, positivamente, a adopção de comportamentos saudáveis, sensibilizando os indivíduos para a redução dos comportamentos mais nefastos para a saúde, facilitando informação que permita decisões autónomas e

escolhas informadas, de acordo com a liberdade individual, garantindo, sempre, que aqueles que fazem escolhas diferentes e adoecem, têm o direito a ser tratados e cuidados com todos os recursos disponíveis, no respeito integral pela dignidade humana.

Conforme foi descrito anteriormente, é inquestionável a elevada prevalência da doença mental em consumidores de substâncias psicoactivas e a de abuso/dependência entre doentes mentais, piorando o prognóstico (Patrício, 1997). Desta forma, achei pertinente a realização de um estudo de caso (Anexo XV) de um utente com co-morbilidade psiquiátrica aliada ao abuso de substâncias psicoactivas, que se encontrava internado na unidade. Este trabalho possibilitou-me obter uma maior bagagem sobre como realizar uma correcta entrevista de Enfermagem, obter mais conhecimentos sobre a prevalência da co-morbilidade junto desta população e desenvolver competências individuais, profissionais e comunicacionais com utente em estudo.

Esta co-existência de patologias influencia não só a eclosão das manifestações clínicas (por exemplo o consumo de cannabinoídes duplica o risco de desenvolver esquizofrenia), como também o seu prognóstico, visto agravarem o quadro sintomatológico, diminuírem a adesão terapêutica, associarem-se a riscos como o suicídio e doenças infecciosas. Os consumos podem determinar o aparecimento da doença ou a sua gravidade e estão associados a um maior número de recaídas. Relacionam-se ainda com alterações na: memória, conceptualização, atenção, performance psicomotora, higiene pessoal e controlo de agressividade. Tendo como exemplo a esquizofrenia, são descritos vários consumos entre: *cannabis*, cocaína, tabaco, café e álcool (no caso da *cannabis* e da cocaína tem uma incidência aumentada em relação a outras doenças psiquiátricas) (Cannot, 1997).

Neste local de estágio, houve uma constante tentativa de orientar os utentes para a mudança de comportamentos, no sentido de os sensibilizar de que este problema diz respeito a todos (pessoa, família e comunidade). Os utentes foram também aconselhados a iniciar actividades alternativas ao consumo e a afastarem-se de pessoas locais, promotoras dos consumos de drogas, solicitando a ajuda de um “verdadeiro” amigo ou profissional de saúde que trabalhe nesta área, sempre que se encontrem prestes a voltar aos consumos. No final do tratamento os utentes foram orientados para os serviços de apoio na comunidade, como os CRI/ET respectivos, ou grupos de ajuda como os Narcóticos Anónimos ou Alcoólicos Anónimos.

- ***Promover a integração das famílias no processo de tratamento.***

Este objectivo foi parcialmente atingido, pois registei um débil envolvimento dos familiares no processo de tratamento do utente, devido à falta de suporte familiar em muitos dos casos, à falha consecutiva nas convocatórias e nas visitas acordadas, o não cumprimento de horários por parte dos mesmos, laços afectivos frágeis e algo conflituosos. Contudo, tive casos (poucos)

que se mostraram interessados e solicitaram informações relativas à terapêutica a realizar no domicílio aquando da alta, sendo-lhes distribuído um folheto informativo sobre o antagonista opiáceo – Naltrexona (Anexo XVI), envolvendo desta forma um familiar/pessoa significativa, para que preferencialmente fique responsável pelas tomas diárias desta medicação. Pude ainda prestar esclarecimentos adicionais sobre a forma de lidar com o utente no domicílio, quais os sinais eminentes de recaída a ter em atenção, conseguindo desta forma, ainda que de um modo limitado, envolver os familiares no processo de tratamento.

- ***Desenvolver competências no âmbito da motivação para o tratamento e prevenção da recaída.***

Este foi o objectivo mais gratificante a atingir neste módulo de estágio. Pois as iniciativas desenvolvidas junto dos utentes no âmbito da motivação para o tratamento, a prevenção da recaída e o desenvolvimento de sessões de relaxamento, possibilitaram um maior desenvolvimento de competências como futuro EESMP.

Segundo o Alto Comissariado da Saúde (2010), *a prevenção da recaída envolve ajudar a pessoa a desenvolver um plano cujo objectivo é identificar os sinais precoces de alerta da recaída, e responder a esses sinais adoptando as medidas necessárias para evitar a recaída ou minimizar a sua severidade.*

Existe uma estrita relação entre o sucesso do tratamento e a motivação da pessoa com problemas de abuso de substâncias psicoactivas, o que na prática nos quer dizer que uma pessoa motivada para a mudança, tem maiores possibilidades de sucesso no tratamento de desabitação. Assim, as três Dinâmicas (Anexo XVII) de grupo desenvolvidas, possibilitaram reconhecer os problemas causados pelos consumos, trabalhar a motivação para o tratamento e a prevenção de recaída, tendo os utentes verbalizado grande satisfação nessas mesmas sessões. Deste modo, o debate realizado em grupo acerca das dificuldades que poderiam, eventualmente sentir após concluírem o tratamento, tornou-se enriquecedor. No final, os utentes manifestaram interesse na realização destas dinâmicas com maior regularidade.

Uma intervenção em grupo bem fundamentada torna-se numa ferramenta útil na obtenção de ganhos em saúde para os utentes. Face ao exposto, é essencial que a unidade tenha um EESMP a desenvolver este tipo de intervenções de forma a motivar os utentes para o tratamento, mantendo a abstinência e prevenindo as recaídas.

No final das dinâmicas realizadas foi distribuído um folheto com os factores de risco e protectores dos consumos, os quais foram também debatidos pelo grupo.

Muitas das pessoas internadas para realizar tratamento de desabitação de drogas e/ou álcool e muitas vezes com co-morbilidade associada, têm personalidades marcadamente ansiosas,

com ausência de *coping* e autocontrolo ineficaz. Esta perturbação da ansiedade pode ocorrer em associação com a intoxicação ou com a abstinência de substâncias como o álcool, a cocaína, entre outras (American Psychiatric Association, 2006). Sendo a ansiedade um diagnóstico muito frequente neste contexto, torna-se imperioso implementar técnicas que promovam o relaxamento, diminuindo assim os níveis de ansiedade desta população.

Para a realização dessas sessões, escolhi o Relaxamento muscular progressivo de Jacobson (Anexo XVIII), por ser de simples aplicabilidade e obter resultados práticos mais imediatos. Esta técnica permite distender os músculos através de um método de contracção e de descontração, e que pode ser efectuado em qualquer local, desde que estejam reunidas algumas condições: ambiente calmo, música adequada, baixa luminosidade, aromaterapia (velas perfumadas), estar sentado ou deitado confortavelmente. Foram realizadas três sessões de relaxamento, tendo participado 6 utentes em cada sessão. Com a realização desta técnica, verificou-se a presença de sinais de relaxamento que serviram de indicadores, tais como a posição não vertical dos pés, separação das arcadas dentárias e suspensão do maxilar inferior, inspirações progressivamente mais lentas, feições 'lisas', adormecimento, bem como a expressão positiva na partilha de experiências com o grupo. Foi ainda avaliada a tensão arterial e frequência cardíaca antes e após cada sessão de relaxamento tendo-se registado em todas as sessões uma melhoria destes parâmetros. No que diz respeito à aplicação da escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (Anexo XIX), pudemos verificar que na primeira sessão, a maioria dos utentes estavam num nível de ansiedade elevada e no final das três sessões que se realizaram em três dias consecutivos, apresentavam um nível de ansiedade baixo. Desta forma, ficaram comprovados os enormes benefícios da aplicabilidade desta técnica neste contexto.

Módulo I – Casa de Saúde do Bom Jesus – Projecto Consentido

- ***Desenvolver competências na área da EESMP, no âmbito do apoio domiciliário.***

O trabalho desenvolvido neste contexto de estágio de promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção, incidiu essencialmente na Psicoeducação junto das famílias de utentes com esquizofrenia e com problemas associados ao abuso de substâncias psicoactivas (co-morbilidade) que são acompanhados pelo Projecto Consentido e sessões formativas sobre Dependências (Alcoolismo, Toxicoddependência e Tabagismo) para a equipa multidisciplinar do referido projecto.

Seguindo os critérios estabelecidos pela Carta de Ottawa (1986), a promoção da saúde pode ser definida como um processo que permite aos cidadãos o controle sobre a sua saúde, fortalecendo as suas habilidades e capacidades pessoais, modificando, de igual modo, as suas

condições sociais, ambientais e económicas, com vista a uma melhoria do estado de saúde individual e colectivo.

A esquizofrenia é conhecida como uma doença mental grave, crónica e incapacitante, que tem o seu início, normalmente, no final da adolescência ou início da idade adulta, caracterizando-se por desencadear graves alterações nos processos do pensamento, da percepção e da modulação das emoções. Atinge directamente cerca de 0.7-1% da população, tem um curso variável, ocorrendo a recuperação sintomática e social em apenas cerca de 25 a 30% dos casos (OMS, 2001; Teixeira, 2003). Na maioria dos casos mostra uma evolução crónica ou recorrente, com sintomas residuais e recuperação social muito deficiente.

Tal como é reconhecido pela OMS (2001), hoje em dia, a responsabilidade dos cuidados dos doentes mentais graves passou a recair primariamente sobre as famílias, na maioria dos casos sem qualquer preparação, o que envolve um enorme esforço e sofrimento mental e físico e um turbilhão de emoções negativas como angústia, medo, culpa (Gonçalves Pereira e Caldas de Almeida, 1999).

O facto é que, após a fase aguda da doença e o internamento, e mesmo depois de desaparecidos os sintomas mais evidentes da doença (delírios e alucinações), mantêm-se habitualmente vários sintomas residuais, genericamente designados de “negativos”, como a inibição, a falta de interesse e de iniciativa para o desempenho das actividades de vida diária e, em especial, para o trabalho, e dificuldades no funcionamento social e no relacionamento interpessoal, o que conduz a uma situação de incapacidade permanente e baixo nível de qualidade de vida, tanto do indivíduo doente como da família a que pertence. Tal como refere Coelho *et al* (2004), são exactamente estes “sintomas negativos”, e não propriamente os sintomas mais típicos da doença, os que mais perturbam a família e o relacionamento familiar, até porque em muitos casos, os familiares não os reconhecem como associados à doença, sendo mais facilmente atribuídos a características/defeitos da personalidade do doente.

Face a esta situação, os familiares ou pessoas significativas dos doentes, e os prestadores informais de cuidados em geral, são um recurso extremamente importante nos cuidados comunitários às pessoas com doença grave e crónica, como é o caso da esquizofrenia. Portanto torna-se necessário procurar manter também a sua saúde física e mental desses familiares (Brito, 2002).

Ainda segundo a mesma autora, viver com uma doença como a esquizofrenia é difícil e confuso tanto para os doentes como para as suas famílias, pelo que as famílias afectadas pela doença precisam, naturalmente, de adquirir conhecimentos sobre a doença e sobre como lidar com os sintomas e suas consequências no dia-a-dia, tal como os profissionais que tratam estes doentes no internamento precisam de conhecimentos específicos sobre a patologia e formas

de tratamento. Por outro lado, os membros da família que cuidam regularmente de pessoas com doenças mentais graves, como é o caso da esquizofrenia, estão também em elevado risco de morbilidade aumentada devido à sobrecarga e ao stress impostos por aquelas doenças, especialmente quando se manifestam por comportamentos disruptivos ou limitações funcionais. Assim, a prevenção ou redução de sintomas e perturbações relacionados com a experiência de prestar cuidados deve ser incluída nas intervenções preventivas prioritárias.

Face ao exposto, as intervenções psicoeducativas dirigidas por profissionais de saúde, a famílias de pessoas com esquizofrenia, incorporaram uma abordagem global, com vista ao tratamento e recuperação do doente, uma vez que se formos ao encontro das necessidades das famílias contribuímos também, de forma evidente, para melhorar a situação do doente e o bem-estar da família como um todo (Gonçalves Pereira e Caldas de Almeida, 1999).

Entende-se por Psicoeducação um conjunto de abordagens orientadas por dois vectores: ajudar os doentes e seus familiares a aprender o que precisam sobre a doença mental e a dominar novas formas de lidar com ela e com os problemas do quotidiano; reduzir o stress familiar e providenciar suporte social e encorajamento, permitindo um enfoque no futuro mais do que um remoer mórbido do passado (Pereira et. al., 2006).

Desta forma, o objectivo da psicoeducação é aumentar o conhecimento do doente e família acerca da sua doença e formas de tratamento, visto que o aumento do conhecimento habilita a pessoa com esquizofrenia a lidar de forma mais efectiva com a sua doença. Mas a aprendizagem envolve mais do que a mera aquisição de conhecimentos, pois envolve processos cognitivos, afectivos e psicomotores, e implica mudanças no comportamento, nas competências e nas atitudes para que seja efectivamente reduzida a sobrecarga da família e para que os resultados obtidos pelo doente sejam melhorados (Teixeira, 2003).

Entre os vários profissionais de saúde que prestam cuidados aos doentes com esquizofrenia, e também às famílias, os enfermeiros serão os que mais de perto contactam com eles nos vários momentos do curso da doença e nos vários ambientes: no hospital, ao prestarem cuidados aos doentes em fase aguda e nos períodos de internamento e no âmbito dos cuidados comunitários, ao colaborarem na identificação precoce e tratamento das situações de crise, bem como no processo de reintegração e recuperação. Assim torna-se premente, que os Enfermeiros, nomeadamente EESMP na comunidade, desenvolvam competências, de modo a implementarem junto destes utentes e famílias, intervenções psicoeducativas, contribuindo para melhorar o curso da doença, melhorar o funcionamento social do doente e melhorar a qualidade de vida da família.

A sessão psicoeducativa “Conhecer a Esquizofrenia” (Anexo XX) foi desenvolvida junto de três utentes com este diagnóstico e respectivas famílias, no seu domicílio. As finalidades destas

intervenções são a de i) ajudar os familiares a lidarem com o doente, os problemas da doença e o estigma a ela associado, ii) gerir o impacto da situação de doença em cada elemento da família, sentimentos como vergonha, culpa ou ansiedade, iii) proporcionar ajuda para encontrar estratégias para resolver problemas do quotidiano/ adaptação e iv) evitar/diminuir o *family burden* (Gonçalves-Pereira, *et al*, 2005).

Apliquei alguns dias antes da realização das sessões, a Entrevista de Zarit para avaliar a sobrecarga junto dos cuidadores informais (Anexo XX), tendo verificado que os mesmos apresentavam valores de sobrecarga moderado. Contudo, já após ter realizado a sessão, estes cuidadores mantiveram níveis moderados (muito embora com valores menores). A explicação para este facto deve-se à curta duração desta intervenção, junto destas famílias, uma vez que, idealmente, estas intervenções deveriam prolongar-se por vários meses, para que a família pudesse ter o tempo suficiente para absorver e processar a informação transmitida nesta sessão. Além disso, é necessário tempo para que a família, possa efectivamente alterar as suas atitudes e, em conjunto com o doente, tornar-se parte efectivamente activa no tratamento. Contudo, pude constatar uma grande satisfação com a iniciativa através da aplicação de questionários aplicados no final da sessão (Anexo XIII). Espero portanto, que esta iniciativa continue a ser desenvolvida pela equipa do Projecto Consentido, tornando os utentes/famílias, elementos participativos no processo de tratamento/recuperação/reabilitação e prevenção de recaída.

Por fim e não menos importante a última intervenção implementada no decorrer deste Estágio, teve como objectivo o desenvolvimento profissional e pessoal da equipa multidisciplinar do projecto consentido, através da identificação de necessidades formativas da mesma. Assim e após algumas conversas informais com alguns elementos e com a Enfermeira tutora, decidi realizar três sessões formativas sobre o tema “As Dependências”, uma vez que os elementos desta equipa revelaram algum desconhecimento e dificuldades no estabelecimento de uma relação empática com este tipo de utentes. Para além disso, o nº de casos de utentes seguidos no Projecto Consentido, com co-morbilidade, aliada ao abuso de substâncias psicoactivas é cada vez maior. Justifica-se desta forma, uma maior abordagem a estas problemáticas aditivas junto dos mesmos.

A formação dos profissionais de saúde é imprescindível para a melhoria dos cuidados aos utentes, pois o conhecimento encontra-se em constante evolução e novas descobertas são feitas, pelo que é fundamental a actualização dos nossos conhecimentos e aprofundamento das nossas competências.

O problema trazido pelas drogas e pelo álcool é tão nocivo à sociedade quanto ao indivíduo, cabendo à Enfermagem buscar uma abordagem que não seja punitiva e que tenha como foco principal a abstinência total pelo usuário sem, no entanto, transformar

essa abstinência total como único sucesso possível. É preciso ter compromisso real para que ocorra o menor dano possível ao indivíduo e à sociedade, ou seja, quando não for possível a abstinência total que se persiga o objectivo da redução de danos (Gonçalves e Cruz, 2007).

Assim, dividi esta temática em três sessões (Alcoolismo, Toxicodependência e Tabagismo) (Anexo XXII), realizadas em dias diferentes. A equipa multidisciplinar que assistiu a estas sessões, verbalizou grande satisfação por assistir às mesmas, destacando o proveitoso debate de ideias entre todos os participantes. Este facto, foi confirmado através da aplicação de um questionário (Anexo VII). Destas sessões, reuni ainda um conjunto resumido de informações sobre a área das dependências e elaborei um Manual das Dependências (Anexo XXIII), no qual está reunida informação respeitante a esta temática, que pode funcionar como um guia prático para esclarecer eventuais dúvidas de técnicos que venham a colaborar neste projecto.

A actuação do enfermeiro não pode mais ser de forma estereotipada e ao acaso, mas antes deverá ser uma actuação técnica, bem fundamentada, demonstrando conhecimentos a vários níveis, em enfermagem, em psicopatologia, psiquiatria, bem como na área das ciências sociais e humanas (Bagagem, 1994).

Uma outra competência adquirida neste contexto, foi a elaboração (pela primeira vez) de Planos Individuais de Reabilitação (PIR) para os utentes seguidos no Projecto Consentido, que consiste na criação de um processo de reabilitação a desenvolver no período de 6 meses para cada utente, o qual é muitas vezes reformulado no decorrer deste período, de forma a atingir os objectivos esperados. Estes PIR's são elaborados pelos diferentes técnicos da equipa multidisciplinar, seguindo o conceito das diferentes etapas do processo de Enfermagem.

Neste período de estágio, elaborei ainda um Projecto de Criação de uma Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado para a Co-morbilidade (UMADIC) (Anexo XXIV), que num futuro poderá ser aproveitado e colocado em prática. Trata-se de uma unidade Móvel, que desenvolverá acções ao nível da promoção da saúde mental, da prevenção e tratamento da doença mental e da redução de danos e reinserção na comunidade, junto de pessoas com histórico de abuso/dependência de substâncias psicoactivas e co-morbilidade psiquiátrica. Esta unidade tem como objectivos, assegurar a supervisão na gestão da medicação, incentivar para uma melhoria dos auto-cuidados e de um projecto de vida mais saudável. A pertinência da criação deste projecto pode-se explicar, pela inexistência na região de um projecto deste género, mas também pelo facto de o Projecto Consentido ter como factor de exclusão o acompanhamento de utentes que consumam substâncias ilícitas.

Considero assim, que o trabalho que é desenvolvido diariamente pelo Projecto Consentido no concelho de Braga, possibilita uma melhoria da qualidade de vida dos utentes/famílias, na

medida em que permite um maior envolvimento da família/cuidador informal no processo de tratamento/reabilitação/reinserção social, contribuindo para uma diminuição das recaídas e consequentes reinternamentos.

3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

No actual capítulo é delimitado o campo de competências desenvolvidas, procurando atingir os objectivos individuais e os objectivos delineados pela UCP para o Estágio.

Para o prosseguimento deste percurso, vários conhecimentos e competências permitiram levar a cabo este projecto. Importa agora, identificar as competências desenvolvidas tirando partido da descrição e análise destas experiências.

Podemos definir competência como uma habilidade, aptidão ou capacidade para desempenhar determinada função ou profissão. As competências profissionais, ao serem entendidas como elementos essenciais da qualidade prática, resultam naturalmente de uma combinação pertinente de vários recursos que se identificam pelos diversos saberes.

O facto de ter conseguido adaptar-me com alguma facilidade a contextos, a situações novas e a necessidades inesperadas que me foram colocadas ao longo deste percurso, permitiu-me dar resposta às exigências que se colocam no quotidiano da acção de um enfermeiro especialista.

Nos diversos locais por onde passei e nas equipas que integrei, estabeleci relações de trabalho construtivas e enriquecedoras, mobilizando-as e envolvendo-as nos projectos que pretendi implementar.

O conhecimento aprofundado nesta área de EESMP permitiu-me reunir saberes, dar suporte às decisões tomadas, conceber planos de cuidados, priorizando as diversas intervenções e estabelecendo resultados transversalmente a todos os módulos.

Ao longo de todo o estágio foram aprofundados conhecimentos sobre a natureza e o processo da relação de ajuda, desenvolvendo competências de comunicação funcional e de intervenção relacional terapêutica com o especial desafio da pessoa em situação de crise.

Neste percurso desenvolvi a área relacional com os utentes/famílias, permitindo o estabelecimento de parcerias nos cuidados, criando uma aliança terapêutica. Ao desenvolver capacidades relacionais, desenvolvi a capacidade de trabalhar em equipa multidisciplinar e interdisciplinar, pois só assim é possível desenvolver programas, estratégias de protecção e promoção da saúde mental e, ao mesmo tempo, reabilitar e reinserir os utentes junto da comunidade.

O entendimento e procura do domínio de técnicas que dizem respeito à essência da EESMP, trabalhando quer individualmente quer em dinâmicas de grupo reflectiram as competências relacionais adquiridas e os seus efeitos terapêuticos.

O recurso a métodos, técnicas e instrumentos especializados permitiu-me gerir os conhecimentos e colocar em marcha habilidades para, não só perceber, mas também para resolver problemas de elevado grau de complexidade, discernindo as opções terapêuticas mais adequadas a cada caso.

A execução de um projecto de intervenção como o descrito neste relatório, envolveu saberes avançados para tratar de problemáticas complexas. A pesquisa de fundamentação das práticas por evidências científicas constituiu um esforço, no sentido de implementar intervenções mais efectivas e melhor direccionadas para as necessidades dos utentes.

As intervenções levadas a cabo junto dos utentes com problemas de abuso de substâncias psicoactivas e co-morbilidade, nos mais diversos contextos, visaram a promoção da saúde, a prevenção da doença e da recaída e a diminuição do estigma. Por outro lado, as formações em serviço e reflexão sobre as práticas desenvolvidas ao longo do estágio, promoveram o meu crescimento profissional e individual e a qualidade global dos cuidados por mim prestados.

A reflexão sobre a minha prática durante a elaboração do portfolio e agora neste relatório, traduzem uma análise de auto-desenvolvimento e estabelecem pontes entre a formação inicial, a experiência profissional e a formação avançada. Desta forma, foram promovidos o auto-conhecimento, a auto-reflexão e análise, sendo uma mais valia para este processo formativo.

Resumidamente, a preparação teórico-científica que adquiri e a transferência desses conhecimentos para o contexto da prática de cuidados e o desenvolvimento de competências técnicas, interpessoais e conceptuais, possibilitaram no meu ponto de vista, vencer este desafio.

Por tudo isto, penso ter contribuído para a melhoria dos cuidados prestados aos utentes/famílias, com os quais me cruzei no decurso deste longo percurso.

4. CONCLUSÃO

A problemática do consumo de substâncias psicoactivas, pelas implicações que tem na saúde das pessoas e das populações, merece medidas conjuntas de todos os sectores da sociedade no sentido de desenvolver novas e eficazes estratégias de combate a este fenómeno. As intervenções de prevenção deste problema a todos os níveis e as medidas de promoção de saúde mental devem estar coordenadas mas no sentido de as tornarem mais efectivas. Torna-se assim indispensável desenvolver uma maior investigação no sentido de identificar factores potenciadores de maior sucesso terapêutico nesta área.

Ao longo dos diferentes módulos de estágio, foram implementadas metodologias no sentido de facilitar e apoiar os indivíduos no seu processo de mudança, substituindo comportamentos que levam à doença por estilos de vida mais saudáveis, sendo também certo, que nesta área as vitórias são discretas e feitas muitas vezes de avanços e recuos.

A implementação de actividades de educação para a saúde, visando a mudança de estilos de vida pretenderam, com sucesso, levar os indivíduos a consciencializarem-se dos malefícios de alguns comportamentos e a motivação para a mudança.

A estabilização de indivíduos em crise, dotando-os bem como às suas famílias, de estratégias e mecanismos internos de defesa face aos problemas que poderão eventualmente surgir, foram conseguidos tanto através de intervenções individuais como também em grupo, num esforço continuado sobre uma vertente relacional e pedagógica.

Acreditamos que a qualidade dos cuidados de Enfermagem é inevitavelmente influenciada pelo desempenho individual de cada um de nós e, conseqüentemente, pela afirmação das nossas competências profissionais. Acreditamos que será através da afirmação do valor social da nossa profissão e do cumprimento das nossas competências enquanto futuros EESMP, que contribuiremos, responsavelmente, para a melhoria global do sistema de saúde, bem como, para a obtenção de ganhos em saúde para a população.

Terminado este relatório, posso afirmar que este primou-se pelo tratamento da temática de uma forma sequencial, fornecendo deste modo um bom retrato do trabalho desenvolvido e um momento de partilha de experiências, que permitiu a análise das actividades e o desenvolvimento de competências na área de EESMP, adquiridas e desenvolvidas durante este percurso.

Como sugestões, considero que se revela necessário um maior investimento no domínio da aplicação de psicoterapias, onde as instituições de ensino de enfermagem especializada têm um importante papel a desempenhar, procurando dinamizar essas competências nos futuros EESMP. A outra sugestão diz respeito à carga horária de cada módulo de estágio, que no meu ponto de vista é reduzida para desenvolver os projectos que temos em mente, implementá-los na prática e avaliar a sua eficácia. Assim, considero que desenvolver somente dois módulos ao longo deste estágio, mas com a carga horária de três, seria bastante benéfico para o percurso de aprendizagem de futuros Enfermeiros Especialistas.

As dificuldades sentidas com a elaboração deste relatório, estão sobretudo relacionadas com o tempo que se revelou escasso e com a dificuldade em lembrar e traduzir todos os momentos de aprendizagem, reflexão e investimento que caracterizaram este período.

Assim, os objectivos que pretendia atingir com este documento foram conseguidos, permitindo-me concluir a EESMP.

Cessada esta etapa, temos consciência que este estágio, bem como a realização de todo o curso, contribuíram de forma única para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALFARO-LEFEVRE, Rosalinda – *Pensamento Crítico em Enfermagem: Um Enfoque Prático*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. ISBN 85-7307-174-3;

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – *CIR: Cuidados Integrados e Recuperação* – Manual de trabalho. Versão 1.3. Lisboa, 2010;

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – *DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais.*, 4ª ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2006. ISBN 972-796-020-0;

BAGAGEM, Maria – *Papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica numa equipa de saúde, à luz dos novos conceitos*. Revista Servir, 1994. Volume: 40, nº. 4, p. 183;

BRITO, Luisa – *A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora. 2002. ISBN 972-8717-19-9;

CANNOT, Maria José – *Toxicoddependência na esquizofrenia*. Revista Hospital Júlio de Matos, nº 1. Lisboa, 1997, p.9-14;

COELHO, Carlos; FERREIRA, M. José; FERNANDES DA SILVA, Carlos; GONÇALVES, Daniela Coelho; SENRA, Joana M. Torgal – *A esquizofrenia e a família: a avaliação da eficácia de um programa psicoeducativo*. Psiquiatria Clínica. 2004. 25 (3), 185-194;

COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS – Livro Verde: *“Melhorar a saúde mental da população. Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia.”* Bruxelas: Comissão Das Comunidades Europeias, 2005;

DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE. Direcção de Serviços de Planeamento. Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental – *Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. 104 p. ISBN: 972-675-089-X;

FERREIRA-BORGES, Carina & FILHO, Hilson Cunha – *Uso, abuso e dependência: alcoolismo e toxicoddependência*. Lisboa: Climepsi, 2004. ISBN: 972-796-150-9;

GONÇALVES-PEREIRA, Manuel; CALDAS DE ALMEIDA, José Miguel – *Repercussões da doença mental na família – um estudo de familiares de doentes psicóticos*. Acta Médica Portuguesa. 1999. 12, 161-168;

GONÇALVES-PEREIRA, Manuel; XAVIER, Miguel; NEVES, António; BARAHONA-CORREA, Bernardo; FADDEN, Gráinne. – *Intervenções familiares na esquizofrenia: dos aspectos teóricos à situação em Portugal*. Acta Médica Portuguesa, nº 19. 2005. p. 1-8;

HESBEEN, Walter – *Cuidar neste mundo*. Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-71-1;

LAZURE, Hélène – *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência do enfermeiro*. Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN: 972-95399-5-2;

TEIXEIRA, João Marques – *Défice cognitivo na esquizofrenia – dos consensos às incertezas*. 1ª Edição. Linda-a-Velha: Vale & Vale Editores, 2003. 972-8652-14-3;

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Direcção-Geral da Saúde – *Plano Nacional de Saúde 2004/2010 volume II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: DGS, 2004. ISBN 972-675-110-1;

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental – *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 – Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008. ISBN: 978-989-95146-6-9;

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005 ISBN: 972-99646-0-2;

PATRÍCIO, Luis – *Face à droga: como (re)agir?*. Lisboa: SPTT – Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência, Coleção Projecto Vida. 1997;

WEBGRAFIA:

CARTA DE OTTAWA. Canadá [Em Linha]. 1986. [Consult. 30 de Novembro de 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Otawa.pdf>>;

GONÇALVES, Deise Penido de Oliveira e CRUZ, Sumaya Namen- *A relevância das acções de enfermagem no tratamento da dependência química*. *Revista Meio Ambiente Saúde*. [Em linha]. 2:1 (2007), 243-257. [Consult. a 22 de Novembro de 2011]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.faculdadedefuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20\(1\)%20243-257.pdf](http://www.faculdadedefuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20(1)%20243-257.pdf)>;

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, IP. – Plano de Actividades 2010. [Em linha]. [Consultado em 30 de Abril de 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.idt.pt>>;

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano nacional contra a droga e as toxicodependências 2005 – 2012*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2005. [Em linha]. [Consult. a 30 de Abril de 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F6874B50-243E-49A0-86FC-D6EB0AFFA709/0/PlanoNacionalFinal.pdf>>;

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental - *Reestruturação e desenvolvimento dos serviços de saúde mental em Portugal. Plano de acção 2007-2016*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2007. [Em linha]. [Consult. a 15 de Dezembro de 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sppsm.org/cms/wp-content/uploads/2011/06/RELAT%C3%AERIOFINALComiss%C2%8Bo-ree-estrutura%C3%A7%C3%A3oSM_ABRIL2007.pdf>;

MINISTÉRIO DA SAÚDE – *Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2009 – 2012*. Lisboa: Ministério da Saúde, 2009. [Consult. em 20 de Outubro de 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/DFF7BEF4-9F5F-4470-B058-8376F8644B16/0/PlanoNacionalPLA202009II.pdf>>;

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA (OEDT) - *Drogas em destaque: Co-morbilidade — O consumo de drogas e as perturbações mentais. Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias* [Em linha] (2004). [Consult. em 20 de Outubro de 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_PT_Dif14PT.pdf>. ISSN 1681-6374;

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Comissão de Formação: *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da boa prática de cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2007. [Em linha]. [Consult. em 15 de Outubro de 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2010a. [Em linha]. [Consult. em 20 de Maio de 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf>;

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de Saúde Mental*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2010b. [Em linha]. [Consult. em 20 de Maio de 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf>;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança. Genebra: OMS. 2001. [Em linha]. [Consult. em 20 de Abril de 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006020.pdf> >;

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra: OMS. 2004. [Em linha]. [Consult. em 20 de Abril de 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf>;

PEREIRA, Manuel Gonçalves *et. al.* – *Intervenções Familiares Na Esquizofrenia: Dos Aspectos Teóricos à Situação em Portugal*. Artigo Revisão. *Acta Med Port* [Em linha]. 19 (2006) 1-8. [Consult. em 14 de Dezembro de 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/1/001-008.pdf>>;

ROSA, Amorim Gabriel Santos – *Violência em Contexto Psiquiátrico*. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental apresentada à Faculdade de Medicina do Porto. 2008. [Em linha]. [Consult. em 10 de Outubro de 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22450/3/Dissertao%20PDF.pdf>>;

SÁ, Luis Octávio – *O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental [Em Linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2008. [Consultado em 12 de Maio de 2011]. Disponível em WWW URL: <http://hdl.handle.net/10216/7223>>;

LEGISLAÇÃO CONSULTADA:

Decreto-lei nº 269 – A/2002 de 29 de Novembro

Decreto-lei nº 124/2011 de 29 de Dezembro

Resolução do Conselho de Ministros, nº 49/2008, de 6 de Março de 2008: D.R.: I Série – nº 47, p. 1395.

ANEXOS

ANEXO I – Projecto de Estágio



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

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

PROJECTO DE ESTÁGIO

Aluno: Sérgio Nogueira (nº 361610013)

Sob orientação de: Professora Emília Preciosa Carvalho

Porto, Abril de 2011

"Não basta ensinar ao homem uma especialidade, porque se tornará assim uma máquina utilizável e não uma personalidade. É necessário que adquira um sentimento, um senso prático daquilo que vale a pena ser empreendido, daquilo que é belo, do que é moralmente correcto."

Albert Einstein

SIGLAS

CRI – Centro de Respostas Integradas

CSBJ – Casa Saúde Bom Jesus

EESM – Especialista em Enfermagem de Saúde Mental

ESMP – Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

MESMP – Mestrado de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria

SMP – Saúde Mental e Psiquiatria

UCP – Universidade Católica Portuguesa

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO.....	65
1. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO.....	67
1.1. OBJECTIVOS COMUNS.....	68
1.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DE CADA MÓDULO DE ESTÁGIO.....	69
1.2.1 - Módulo III – IDT/CRI de Braga - Equipa Técnica de Braga.....	69
1.2.2 - Módulo II – Unidade de São Luis – CSBJ – Braga.....	70
1.2.3 - Módulo I – Projecto Consentido – CSBJ – Braga.....	71
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
3. BIBLIOGRAFIA.....	75

ANEXO A – Cronograma Geral de Estágio

ANEXO B – Horários Previstos

0. INTRODUÇÃO

O presente projecto encontra-se inserido no âmbito do IV Curso do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (MESMP), no Instituto de Ciências da Saúde (ICS) do Porto, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), estando enquadrado na Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que será realizado no período entre 27 de Abril de 2010 e 04 de Fevereiro de 2012.

Segundo BARBIER (1993:52) *“Projecto não é uma simples representação do futuro do amanhã, do possível, de uma ideia, é o futuro a fazer, um amanhã a concretizar, um possível a transformar em real, uma ideia a transformar em acto.”*

Como ponto de partida para a realização deste projecto questionei-me acerca do meu exercício profissional, e de como a minha prática e agir como enfermeiro e pessoa, poderia influenciar a dinâmica e qualidade dos serviços prestados aos utentes. Assim, pretendo desenvolver mais competências de Enfermagem que me permitam avaliar, compreender e intervir na área de Saúde Mental e Psiquiatria, auxiliando o utente a ultrapassar os processos de transição.

De uma forma geral, perspectivando para este projecto, verificar a importância do envolvimento dos sistemas Sócio – Familiar no processo do tratamento de perturbações psiquiátricas. Tenho também um interesse pela Psicoeducação, mais especificamente dirigida para a motivação/continuidade do tratamento e prevenção da recaída dos clientes com dependências e ainda desenvolver competências através da aplicação de actividades Psicoterapêuticas. Daí que a selecção dos locais de estágio tenha sido feita tendo em conta estes mesmos interesses e a proximidade com o local de trabalho.

Pretendo deste modo, que este projecto seja como um guia orientador para conduzir as intervenções a desenvolver durante os períodos de Estágio do MESMP.

Para um maior desenvolvimento, o estágio de ESMP compreende três Módulos (30 ECTS):

Módulo I (10 ECTS) – Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção – na Comunidade e Centros de Saúde;

Módulo II (10 ECTS) – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto;

Módulo III (10 ECTS) – Desenvolvimento de competências em áreas mais específicas da Saúde Mental e Psiquiatria (SMP) – Pedopsiquiatria, Psicogerontologia e Gerontopsiquiatria, Equipas de Psiquiatria Comunitária, Reabilitação e Reinserção (pessoas com problemas de adição e outros).

Após reflexão e diálogo com a minha orientadora de projecto, ficou planeado iniciar o meu estágio pelo Módulo III, que decorrerá no Centro de Respostas Integradas (CRI)/IDT de Braga, Equipa Técnica de Braga (ex - Centro de Atendimento a Toxicodependentes de Braga), no período de 27 de Abril a 25 de Junho de 2011. O Módulo II desenvolver-se-á no meu local de trabalho, Unidade de São Luís – na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ) em Braga, no período de 03 de Outubro a 26 de Novembro de 2011. E por fim, o Módulo I que se realizará no Projecto Consentido (Unidade Móvel) pertencente à CSBJ, com o apoio do Alto Comissariado da Saúde, no período de 28 de Novembro de 2011 a 04 de Fevereiro de 2012. Cada Módulo de Estágio compreende um total de 180 horas, distribuídas por 7 a 8 semanas, de modo a fazer uma média de 24 horas/semana.

Este documento foi elaborado de forma descritiva, recorrendo a pesquisa bibliográfica, tendo sido também de grande utilidade os conteúdos abordados nas aulas teóricas, orientações fornecidas e conhecimentos adquiridos na minha prática diária.

Devo salientar ainda, que os objectivos que irei descrever mais à frente, assim como, o presente projecto serão susceptíveis de modificações após avaliação e discussão com a orientação directa, bem como com os orientadores nos diferentes locais de Estágio.

Este projecto é constituído pela presente Introdução, seguido de um capítulo intitulado, Desenvolvimento do Projecto no qual irei descrever as razões das escolhas dos diversos locais de estágio, bem como expor quais os objectivos e actividades que pretendo desenvolver, para cada Módulo. Termina com as Considerações Finais, seguida da Bibliografia (utilizo a NP 405). Em anexo encontra-se o cronograma geral e um plano de horários previstos, para os diferentes módulos de estágio.

1. DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO

A evolução a nível técnico-científico na área dos cuidados de saúde, é uma realidade com que todos os profissionais se deparam, e face à qual desenvolvem respostas de modo a prestarem os melhores cuidados. O Enfermeiro enquanto prestador de cuidados à Pessoa, Família e Comunidade, tem necessidade de aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades de forma a dar resposta a situações complexas, estabelecendo nesse sentido, prioridades de intervenção ao cliente e Família.

Tendo presente o Código Deontológico dos Enfermeiros, artigo 88º referente à excelência do exercício, sabemos que na sua alínea c) nos orienta para *“manter a actualização contínua dos (...) conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada das ciências humanas”* (Ordem dos Enfermeiros, 2005:133) .

Nesta actualização contínua justifica-se a minha aposta pessoal numa formação superior, como é o caso das Especialidades em Enfermagem. Assim, entende-se por Enfermeiro Especialista *“como um Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (Regulamento n.º122/2011 de 18 de Fevereiro).

Mais especificamente na Área de Saúde Mental, o Regulamento n.º129/2011 de 18 de Fevereiro, realça a importância do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (EESM), o qual *“foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental”*. Conseguindo desta forma, diminuir o grau de incapacidade que algumas perturbações mentais originam.

Ainda segundo o anterior regulamento, convém referir as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental, que são as seguintes:

- a) *“Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de auto — conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional;*
- b) *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental;*
- c) *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto;*
- d) *Presta cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.”*

Assim sendo, para desenvolver as minhas competências como futuro especialista de ESMP passo a descrever de seguida quais os objectivos, actividades e estratégias que pretendo desenvolver, para os diferentes módulos de Estágio. Para tal, tive em consideração as competências do EESM acima enunciadas, os objectivos estipulados no âmbito do curso e da disciplina que engloba o estágio de ESMP¹ de forma que possamos desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais para prestar, além dos cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados nesta área, e os meus interesses pessoais.

1.1. Objectivos Comuns

Neste item começo por apresentar quais os objectivos que são comuns a todos os módulos de estágio e as suas respectivas actividades.

Objectivo nº1: Identificar a estrutura física, organizacional e funcional das diferentes Instituições/Unidades.

Actividades/Estratégias a desenvolver:

- Entrevista à Enfermeira chefe/tutora da Instituição/Unidade e visita às instalações;
- Consulta/análise de documentos existentes relacionados com a orgânica da Instituição/Unidade;
- Conhecimento sobre o conteúdo funcional da Instituição/Unidade junto do responsável e da equipa multidisciplinar;
- Percepção e análise dos protocolos de colaboração, com outras instituições;
- Conhecimento e colaboração nos programas de melhoria contínua da qualidade na instituição/unidade;
- Colaboração na prestação de cuidados gerais e especializados;
- Participação na dinâmica do serviço e no trabalho de equipa.

Objectivo nº2: Demonstrar capacidade de trabalho, dotado de uma prática segura, profissional e ética, inserido numa equipa multidisciplinar.

Actividades/Estratégias a desenvolver:

- Consulta do processo clínico e identificação de diagnósticos/problemas;
- Promoção da participação activa dos utentes no seu processo de tratamento;
- Desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas em parceria com o utente;
- Desempenho de actividades especializadas com base em sólidos e válidos padrões de conhecimentos;
- Demonstração de capacidade de decisão ética em diversas situações, com base em princípios e normas deontológicas;

¹ Regulamento da UCP do curso MESMP

- Identificação de eventuais práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do utente e promoção de medidas preventivas;
- Colaboração nas decisões da equipa multidisciplinar.

Objectivo nº3: Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de Enfermagem ao utente na área da Saúde Mental e Psiquiátrica.

Actividades/Estratégias a desenvolver:

- Aprofundamento de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais na área de SMP;
- Mobilização de conhecimentos teórico-práticos, adquiridos no MESMP para a realidade de cada contexto de Estágio;
- Estabelecimento de relações de ajuda com o utente/família/cuidadores;
- Prestação de cuidados ao utente, família e comunidade no âmbito da EESMP;
- Aperfeiçoamento contínuo das intervenções de enfermagem, favorecendo a auto reflexão;
- Melhoramento das acções direccionadas para o envolvimento das famílias e cuidadores como foco de atenção de enfermagem;
- Desenvolvimento de acções de formação direccionadas a técnicos, para aperfeiçoar a sua actuação junto dos utentes, famílias/cuidadores informais.

Objectivo nº4: Demonstrar capacidade reflexiva, no âmbito dos cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Actividades/Estratégias a desenvolver:

- Identificação de necessidades dos utentes e famílias nos diferentes campos de estágio;
- Realização de pesquisas Bibliográficas;
- Registo da fundamentação teórica das actividades desenvolvidas;
- Descrição das actividades implementadas;
- Registo de reflexões críticas sobre o meu desempenho ao longo dos diferentes Estágios;
- Execução do Portfólio de Estágio.

1.2. Objectivos Específicos de cada Módulo de Estágio

1.2.1 - Módulo III – IDT/CRI de Braga (Equipa Técnica de Braga)

A minha opção por este local de estágio prende-se com a minha preferência profissional pela área das dependências, uma vez que actualmente exerço funções numa unidade de curto internamento de desabilitação de toxicodependentes (Unidade de São Luís – CSBJ - Braga). Esta unidade presta cuidados em articulação com diversos CRI's, deste modo, espero contribuir para uma melhor articulação entre ambas as instituições, garantindo assim a continuidade dos cuidados prestados ao utente. Acredito que o trabalho desenvolvido nestas instituições junto das comunidades, mostra-se como uma mais valia, num flagelo cada vez

mais crescente. Estas são as razões primordiais pelas quais, apresento os objectivos que se seguem.

Objectivo nº5: Desenvolver actividades tendo em vista a prevenção, a redução de riscos e minimização de danos, junto dos utentes do CRI/ET de Braga.

Actividades/Estratégias a desenvolver:

- Observação e compreensão das necessidades dos utentes do CRI/ET de Braga;
- Realização de rastreios para diagnóstico/referenciação de doenças infecto-contagiosas;
- Execução de testes rápidos de detecção de drogas;
- Realização de sessão de educação para a saúde no âmbito da prevenção de doenças infecto-contagiosas e outras de acordo com as necessidades expressas e/ou detectadas junto dos utentes.
- Identificação de comportamentos de risco e promoção de estilos de vida mais saudáveis to dos utentes;
- Elaboração de panfletos informativos sobre temáticas que se revelem oportunas;
- Preparação e Administração de Cloridrato de Metadona, junto dos utentes que estão inscritos neste programa;
- Educação informal em cada contacto com o utente, e motivação para o tratamento.

Objectivo nº6: Conhecer outras instituições de apoio às dependências que trabalham em articulação com o CRI/ET de Braga.

Actividades/Estratégias a desenvolver:

- Levantamento das instituições que se articulam com o CRI de Braga;
- Deslocação ás instituições que trabalham em articulação com o CRI, para melhor compreensão da sua importância;
- Observação participada nas actividades de Enfermagem na equipa de rua, que trabalha em colaboração com a Cruz Vermelha de Braga;
- Identificação de necessidades formativas, junto das instituições que trabalham em colaboração com o CRI/ET de Braga.

1.2.2. - Módulo II – Unidade de São Luis – CSBJ – Braga

Actualmente encontro-me a desenvolver a minha actividade profissional nesta unidade. A opção pelo meu local de trabalho, prende-se com o facto de querer reforçar as minhas capacidades na área das dependências e ao mesmo tempo contribuir para a dignificação do papel do enfermeiro nesta área. Trata-se de uma unidade para clientes com adição de substâncias tóxicas, de desabituação física de opiáceos e co-morbilidade associada. Esta unidade de internamento de curta duração realiza tratamentos de síndromes de privação em utentes toxicodependentes e alcoólicos, que podem ter outras patologias. Pretendo

neste módulo, adquirir um maior e melhor conhecimento do fenómeno das drogas e das toxicodependências, contribuindo assim, para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao utente, família e comunidade.

Objectivo nº7: Prestar cuidados de Enfermagem Especializados na área de SMP a utentes que necessitem de tratamento de desintoxicação de substâncias de abuso e/ou co-morbilidade psiquiátrica.

Actividades/Estratégias a desenvolver:

- Identificação das necessidades de cuidados especializados de Enfermagem, aquando da entrevista de Enfermagem;
- Elaboração de estudo de caso de um utente com Co-morbilidade psiquiátrica aliada a consumos de substâncias psicoativas;
- Realização de sessões Psicoeducativas de acordo com as necessidades identificadas, preferências dos utentes e características dos mesmos no período em que decorre o Estágio.

Objectivo nº8: Promover a integração das famílias no processo de tratamento.

Actividades/Estratégias a desenvolver:

- Realizar uma consulta de Enfermagem aquando da admissão do utente, juntamente com o familiar ou cuidador informal de forma a envolver os mesmos no processo de tratamento;
- Agendar com o utente e familiares, nos dias de visita, a realização de ensinamentos oportunos adaptados às necessidades e realidades do utente e família;
- Prestação de esclarecimentos ao utente e à família sempre que solicitado e aquando da percepção das suas necessidades/dificuldades;
- Identificação de casos sem retaguarda familiar, solicitando a colaboração de apoio social;
- Melhoria da participação da família como recurso, para ajudar o utente a ultrapassar a dependência e possível recaída.

Objectivo nº9: Desenvolver competências no âmbito da motivação para o tratamento e prevenção da recaída.

Actividades/Estratégias a desenvolver:

- Procura de informação sobre estratégias de prevenção de recaídas através de pesquisa bibliográfica;
- Desenvolvimento de técnicas psicoterapêuticas e dinâmicas de grupo, com os utentes internados na unidade, de forma a motivá-los para a continuidade do tratamento;
- Incrementação de estratégias e de actividades que possam reduzir o risco de recaída.

1.2.3 - Módulo I – Projecto Consentido – CSBJ – Braga

O Projecto Consentido consiste numa Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado, pertencente à Casa de Saúde do Bom Jesus, que conta com o apoio do Alto Comissariado da

Saúde. Este projecto presta cuidados domiciliários e comunitários no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica, a utentes referenciados do concelho de Braga. Neste Módulo pretendo reforçar as minhas capacidades na área da promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção na comunidade.

Objectivo nº10: Desenvolver competências na área da EESMP, no âmbito do apoio domiciliário.

Actividades/Estratégias a desenvolver:

- Colaboração e participação com os profissionais do Projecto Consentido nas visitas domiciliárias e outras actividades;
- Identificação e prestação de cuidados de enfermagem especializados aos utentes acompanhados pelo projecto;
- Participação nas reuniões semanais da equipa multidisciplinar;
- Realização de Psicoeducação em contexto comunitário aos utentes e suas famílias;
- Promoção da adesão ao tratamento junto dos utentes de forma a prevenir recaídas;
- Sensibilização da equipa multidisciplinar para a problemática aditiva, através de sessões formativas;
- Elaboração de planos de intervenção terapêutica dirigidos aos utentes/familiares/cuidadores;
- Aplicação da relação de ajuda, sempre que as situações o proporcionarem.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consciente do meu crescimento e motivado para o aprofundar de novos conhecimentos, elaborei o presente projecto de estágio, que contribuiu para desenvolver a minha capacidade de auto-análise e consciencializar-me das minhas potencialidades.

Segundo COLLIÈRE (1999:260) *“É necessário que os conhecimentos utilizados por uma profissão constituam um património, que gerem outros conhecimentos e sirvam de alicerces permanentes a toda uma evolução profissional”*.

Acredito que a elaboração deste projecto me ajudará a atingir os meus objectivos e que os diferentes Módulos de Estágio contribuirão para o aperfeiçoamento do meu desempenho, ajudando-me a desenvolver competências no domínio técnico-científico, relacional e crítico-reflexivo, que me darão um enorme contributo para ampliar horizontes na prestação de cuidados especializados.

Considero ter definido actividades exequíveis, que me vão permitir alcançar os objectivos instituídos para esta etapa do meu percurso formativo. Assim, estando certo que este projecto, como ferramenta dinâmica que é, poderá sofrer reformulações oportunas e pertinentes, tanto ao nível dos objectivos, como ao nível do desenvolvimento de novas actividades, para torná-lo mais coerente com as necessidades detectadas.

Após a elaboração deste projecto, foi possível compreender que a planificação antecipada das actividades permitem estruturar a nossa actuação para que o Estágio decorra de uma forma mais sistemática e organizada. Deste modo, para além de cumprir uma exigência curricular, este deu um grande contributo para a nossa formação enquanto futuros enfermeiros especialistas, constituindo uma enorme oportunidade de desenvolvimento profissional e pessoal.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBIER, J. – *Elaboração de Projectos de Acção e Planificação*. Porto: Porto Editora, 1993. ISBN: 972-0-34106-8;

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Lisboa: Edição OE. 2001;

COLLIÈRE, Marie-Françoise – *Promover a vida: Da prática das Mulheres de Virtude aos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, 1999. ISBN: 972-757-109-3;

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. ISBN: 972-99646-0-2;

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro – *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*;

Regulamento n.º 129/2011 de 18 de Fevereiro – *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem de Saúde Mental*;

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA – *Regulamento geral – Mestrado em Enfermagem de natureza Profissional*, Porto, 2007.

ANEXO A – Cronograma Geral de Estágio

CRONOGRAMA GERAL DE OBJECTIVOS DE ESTÁGIOS

Estágio	Módulo III – Opcional: Desenvolvimento de Competências Específicas na área de Especialização de Saúde Mental								Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise do adulto								Módulo I – Promoção de Estilos de Vida Saudáveis, Diagnóstico e Prevenção na Comunidade e nos centros de saúde							
Instituição/ Serviço	IDT/CRI DE BRAGA - EQUIPA TECNICA BRAGA								C.S.B. JESUS – UNIDADE DE SÃO LUIS								C.S.B. JESUS – PROJECTO CONSENTIDO							
Ano	2011								2011								2011				2012			
Mês	Abril		Maio			Junho			Outubro				Novembro				Novembro		Dezembro		Janeiro		Fevereiro	
Semana de Estágio	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
OBJECTIVO 1 - Identificar a estrutura física, organizacional e funcional das diferentes instituições e Unidades	←→								←→								←→							
OBJECTIVO 2 - Demonstrar capacidade de trabalho, dotado de uma prática segura, profissional e ética, inserido numa equipa multidisciplinar	←→								←→								←→							
OBJECTIVO 3 - Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados de qualidade ao cliente na área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria			←→						←→				←→				←→							
OBJECTIVO 4 - Demonstrar capacidade reflexiva, no âmbito de cuidados especializados de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria	←→								←→								←→							
OBJECTIVO 5 - Desenvolver actividades no âmbito da prevenção primária, secundária, terciária e quaternária, bem como na redução de riscos e minimização de danos, junto dos clientes do IDTCRI de Braga			←→																					
OBJECTIVO 6 - Conhecer a articulação do CRI com os cuidados de saúde primária, bem como outras instituições			←→																					
OBJECTIVO 7 - Prestar cuidados de Enfermagem Especializado a clientes em fase de desabilitação física e comorbilidade psiquiátrica									←→				←→											
OBJECTIVO 8 - Promover a integração das famílias no processo de tratamento									←→				←→											
OBJECTIVO 9 - Desenvolver competências no âmbito da motivação para o tratamento e prevenção da recaída									←→				←→											
OBJECTIVO 10 - Desenvolver competências na área da E.S.M.P, no âmbito do apoio domiciliário																	←→							

HORAS DE ESTÁGIO: 180H POR CADA MÓDULO.

ANEXO B – Horários Previstos para os Estágios

HORÁRIOS PREVISTOS PARA OS DIFERENTES MÓDULOS DE ESTÁGIO

Módulo III – IDT/CRI de Braga – Equipa Técnica de Braga

Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
27 a 30 de Abril 2011	02 a 07 de Maio 2011	09 a 14 de Maio 2011	16 a 21 de Maio 2011	23 a 28 de Maio 2011	30 de Maio a 04 de Junho 2011	06 a 11 de Junho 2011	13 a 18 Junho 2011
24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	12 Horas
HORAS TOTAIS: 180 Horas							

Módulo II – CSBJ – Unidade de São Luís

Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
03 a 08 de Outubro 2011	10 a 15 de Outubro 2011	17 a 22 de Outubro 2011	24 a 29 de Outubro 2011	31 de Outubro a 05 de Novembro 2011	07 a 12 de Novembro 2011	14 a 19 de Novembro 2011	21 a 26 Novembro 2011
24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	12 Horas
HORAS TOTAIS: 180 Horas							

Módulo I – CSBJ – Projecto Consentido

Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5	Semana 6	Semana 7	Semana 8
28 de Novembro a 03 de Dezembro 2011	05 a 10 de Dezembro 2011	12 a 17 de Dezembro 2011	03 a 07 de Janeiro 2012	09 a 14 de Janeiro 2012	16 a 21 de Janeiro 2012	23 a 28 Janeiro 2012	30 de Janeiro a 04 de Fevereiro 2011
24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	24 Horas	12 Horas
HORAS TOTAIS: 180 Horas							

ANEXO II – Visita a instituições de apoio às Dependências em Braga

EQUIPA DE RUA PROJECTO “APROXIMAR”

Uma das estruturas de apoio que pude visitar no decorrer deste Estágio, diz respeito à Equipa de Rua da Cruz Vermelha (Projecto “Aproximar”). Estas equipas “visam a prestação de apoio aos toxicodependentes na perspectiva da redução de riscos e fomentar a sua integração em processos de recuperação, tratamento e de reinserção, através do desenvolvimento de acções articuladas de sensibilização, orientação e encaminhamento” (IDT, IP, 2007).

Esta Equipa de Rua por norma realiza 3 “rondas” por dia:

- 1º. 10.30h/12.30h – de 2ª feira a Domingo, junto da Central de Camionagem de Braga;
- 2º. 15h/16h – de 2ª a 6ª feira, junto ao Estádio 1º de Maio;
- 3º. 19.30h/22h – de 2ª a 6ª feira, inicia-se no Estádio 1º de Maio e depois circula por vários pontos críticos da cidade.

Por vezes, também é realizada uma ronda pela cidade das 16/18horas.

As principais actividades da equipa são: a aproximação aos utentes toxicodependentes e sem abrigo; a sensibilização para a redução de danos; a distribuição de alimentos e cobertores à noite; teste rápido do HIV, sendo que esta foi a primeira Equipa de Rua do país a realizar estes testes; vacinação, troca de seringas e encaminhamento do doente.

Na ET de Braga existe uma enfermeira responsável pela articulação com a Equipa de Rua, que acompanha a equipa sempre que é necessário vacinar ou realizar algum teste ou tratamento aos utentes. Um dos médicos psiquiatras da ET também se desloca com a Equipa de Rua uma vez por mês para a realização de consultas.

As Equipas de Rua (ER) “visam a prestação de apoio aos toxicodependentes na perspectiva da redução de riscos e fomentar a sua integração em processos de recuperação, tratamento e de reinserção, através do desenvolvimento de acções articuladas de sensibilização, orientação e encaminhamento” (INSTITUTO DA DROGA E TOXICODPENDÊNCIA, 2007).

Estas estruturas integram-se na redução de riscos e minimização de danos, que se insere num modelo de intervenção de proximidade, que preconiza uma abordagem e intervenção junto de populações específicas de consumidores de substâncias psicoactivas que não estão a ser efectivamente abrangidos pelos serviços convencionais, exigindo uma abordagem centrada na prevenção e redução dos efeitos nocivos dos consumos para os indivíduos e para a Saúde Pública.

No concelho de Braga, a ER existente pertence à Cruz Vermelha e o nome do projecto designa-se de “Aproximar”, tem como alvo os toxicodependentes do distrito e os seus objectivos são: “Promoção da política de redução de riscos e minimização de danos; Promoção da motivação e envolvimento no processo de mudança; Integração do toxicodependente em processos de recuperação e tratamento” (CÂMARA MUNICIPAL DE BRAGA, 2006: p. 16). As

principais intervenções da ER são: *“Troca de seringas; Fornecimento de roupa e cobertores; Informação e sensibilização; Rastreamento de doenças infecto-contagiosas; Encaminhamento para Centro de Alojamento (apoio esporádico); Motivação para tratamento; Apoio social para os documentos de identificação; Apoio ao nível da Saúde; Triagem e encaminhamento para os serviços de Saúde; Cuidados de enfermagem; Administração de Metadona de baixo limiar; Intervenção em situação de crise; Apoio psicossocial” (Ibidem).*

Além destas funções, a ER também faz a distribuição de alimentos, principalmente na ronda da noite.

Esta Equipa de Rua por norma realiza 3 “rondas” por dia:

4º. 10.30h/12.30h – de 2ª feira a Domingo, junto da Central de Camionagem de Braga;

5º. 15h/16h – nos dias úteis, junto ao Estádio 1º de Maio;

6º. 19.30h/22h – nos dias úteis, inicia-se no Estádio 1º de Maio e depois circula por vários pontos sinalizados da cidade.

Por vezes, também é realizada uma ronda pela cidade das 16/18horas.

Nas duas primeiras rondas, os elementos intervenientes são sempre um Animador Sócio-Cultural e/ou um Psicólogo e um Enfermeiro; na ronda da noite participam o Animador Sócio-Cultural e/ou Psicólogo e um ou dois voluntários da Cruz Vermelha de Braga.

Na ET de Braga existe uma enfermeira responsável pela articulação com a Equipa de Rua, que acompanha a equipa sempre que é necessário vacinar algum utente, ou fazer o encaminhamento/acompanhamento deste. Um dos médicos psiquiatras da ET também se desloca com a Equipa de Rua uma vez por mês para a realização de consultas, sendo este também que coordena o tratamento de substituição.

Durante a realização do Estágio de Problemáticas Aditivas foi-me permitido acompanhar uma manhã as actividades da ER “Aproximar”. Durante esta observação participada foi possível constatar alguns aspectos:

- A relação e comunicação do enfermeiro com os utentes é informal, a abordagem inicia-se muitas vezes com assuntos e questões do quotidiano, como o futebol, o tempo, entre outras, para depois se chegar ao verdadeiro objectivo da intervenção, questionar sobre consumos e comportamentos de risco, orientar sobre comportamentos de vigilância de saúde e esclarecer sobre exames auxiliares de diagnóstico. Na minha perspectiva, esta abordagem informal é importante para captar a atenção do utente e para conquistar a sua confiança.
- Não foi possível na minha visita à ER, ser acompanhado pela enfermeira da ET de Braga, que faz normalmente a articulação com aquele projecto, de forma a dar seguimento a alguns doentes e a complementar os serviços de saúde prestados. Neste sentido, a vacinação dos utentes que frequentam a ER fica a cargo da enfermeira da ET (vacinas do

tétano e difteria e da hepatite B). No meu ponto de vista, é essencial que juntamente com o Programa de Tratamento Agonista Opiáceo (PTAO) se realize esta prevenção de outras doenças, nomeadamente através da vacinação, visto que o recurso destes utentes aos serviços de saúde é escasso e, por isso, o seu acompanhamento por parte dos profissionais de saúde é mais difícil.

- Nesta ER, a intervenção do enfermeiro é constante, quer pela presença da enfermeira da Cruz Vermelha, quer pela presença da enfermeira da ET; contudo, na minha perspectiva, seria vantajoso para os utentes uma abordagem mais estruturada, nomeadamente, ao nível de uma consulta de enfermagem, onde a vigilância de saúde desta população pudesse ser mais sistemática e periódica. No entanto, tais intervenções requereriam maior disponibilidade de recursos físicos e humanos.

Não obstante das limitações, a eficácia da intervenção da equipa de rua “Aproximar” é notória, nomeadamente “no rastreamento de muitos indivíduos ao VIH/SIDA e Tuberculose. Foi também essencial toda a intervenção realizada em termos de aconselhamento pré e pós teste, e respectivo encaminhamento. Foram também apoiados muitos utentes ao nível da satisfação das necessidades básicas” (IDT, 2007: 19).

Para além deste projecto, a Cruz Vermelha Portuguesa/ Delegação de Braga possui ainda como apoio às áreas da Toxicodependência e Alcoolismo:

CENTRO DE ALOJAMENTO TEMPORÁRIO DR. FRANCISCO ALVIM

• Objectivos:

- Satisfazer as necessidades básicas
- Promover competências pessoais, relacionais e de trabalho
- Reintegrar a nível sócio - familiar e profissional os indivíduos que, após sucessivas rupturas sociais e afectivas, se encontrem em situações extremas de marginalização e exclusão social.

• Acções:

- Alojamento/ alimentação/ higiene
- Apoio Psico - Social
- Apoio ocupacional – Atelier

• Tipos de Alojamento:

- Alojamento temporário (33 camas) destinados a indivíduos após desabituação ou em tratamento de substituição.
- Alojamento de Emergência (14 camas) destinadas a indivíduos consumidores.

EQUIPA DE INTERVENÇÃO SOCIAL DIRECTA

• Objectivos:

- Satisfazer as necessidades básicas
- Motivar e acompanhar no seu processo de mudança

- Reinsere o indivíduo na comunidade

• **Acções:**

- Encaminhamento para o apoio esporádico.
- Sensibilização do utente para o seu processo de mudança
- Acompanhamento individual e em grupo (dinâmicas)
- Encaminhamento/ acompanhamento para os Serviços de Saúde e Sociais
- Apoio psicossocial
- Promoção do contacto com a família
- Ajudar o utente a reconhecer os seus direitos e deveres de cidadania
- Avaliação e orientação profissional
- Contacto com possíveis entidades empregadoras
- Sensibilização à comunidade destas problemáticas.

• **Equipa:** 1 Psicóloga; 1 Assistente Social; Animadores

BIBLIOGRAFIA:

CAMARA MUNICIPAL DE BRAGA – INSTITUIÇÕES DO CONCELHO DE BRAGA QUE TRABALHAM NA ÁREA DAS TOXICODEPENDÊNCIAS E ALCOOLISMO. [Em linha]. Braga, Janeiro de 2006. [consultado em 28 de Maio de 2011]. 36p. Disponível em URL: http://www.cmbraga.pt/wps/wcm/connect/75d2a000401433849c4adf12df43e782/ATAS_RS_ManualInfToxico.pdf?MOD=AJPERES

INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPENÊNCIA, Departamento de Intervenção na Comunidade – “*Avaliação das Equipas de Rua – Núcleo de Redução de Danos*”. [Em linha]. Lisboa, Outubro de 2007. [consultado em 28 de Maio de 2011]. 51p. Disponível em URL: <http://www.idt.pt>.

PROJECTO HOMEM

O Projecto Homem nasceu em Itália em 1979, inspirado na metodologia do Daytop Village, Estados Unidos da América, onde surgiu a primeira comunidade terapêutica baseada nos princípios da auto-ajuda. Hoje está largamente experimentado em vários países, principalmente Itália e Espanha, com resultados muito positivos e percentagens de recuperação que causam a admiração de quantos estão envolvidos nas questões da toxicod dependência. Em Portugal, o primeiro centro nasceu em Braga (1991), sob a égide da Arquidiocese e foi denominado Centro de Solidariedade de Braga/Projecto Homem. Existem em funcionamento no nosso país mais três centros, Almada (1993), Abrantes (1997) e Vila Real (1998).

Programa Terapêutico de Reabilitação e Reinserção Social de Toxicod dependentes. O programa do Projecto Homem estrutura-se em três fases distintas:

1. Centro de Dia -Acolhimento no Monte do Picoto - Braga (4 a 6 meses),
2. Comunidade Terapêutica - Estrada da Falperra, Nogueira (6 a 10 meses),
3. Reinserção Social Rua D. Afonso Henriques, 64 - Braga (6 a 9 meses).

Tem como finalidade única de permitir aos jovens, que a ele aderem, adquirirem um alto grau de autonomia pessoal e um nível elevado de responsabilidade e de capacidade de decisão baseada na libertação da dependência.

A equipa é constituída por Psicólogos, Sociólogos, Técnicos de Serviço Social, Pedagogos, Juristas e Monitores.

O Projecto Homem de Braga é um Programa Terapêutico oficialmente reconhecido e que tem Protocolos celebrados com o IDT, para 60 camas convencionadas. É uma instituição sem fins lucrativos, de carácter privado e que não se situa no âmbito de nenhum partido político.

Não é um programa de índole sanitária, e ainda que tenha em conta os problemas médicos que conduzem à toxicod dependência, afronta porém o problema na sua globalidade, implicando o sujeito na primeira pessoa, a sua família e o meio envolvente mais próximo.

Tem como modelo terapêutico o Modelo do Projecto Homem (Programa Educativo-Terapêutico, Bio-Psico-Social, de cariz humanista, estruturado na Logoterapia e na Análise Transaccional).

A filosofia do "Projecto Homem" situa o problema da droga na pessoa que está por detrás da substância, pelo que se define como um "Programa Livre de Drogas". Não é um programa "anti - drogas", ainda que o tentar a abstinência total seja um valor irrenunciável. O não consumo de nenhuma substância é uma condição indispensável para que o indivíduo possa desenvolver

todas as suas potencialidades, e possa realizar um trabalho de reestruturação a nível pessoal, familiar e social.

O objectivo do Programa Terapêutico é que qualquer pessoa que o realiza possa chegar a adquirir um alto grau de autonomia pessoal e uma capacidade de decisão, que esteja baseada na liberdade e não na dependência, assim como um alto nível de responsabilidade.

• FASES DO PROGRAMA

1ª Fase: Centro de Dia

Objectivos

- Tomar consciência do consumo de drogas e da sua dependência;
- Integração num meio favorável à mudança de atitudes e comportamentos;
- Adquirir um conhecimento suficiente dos seus problemas e dificuldades pessoais, desenvolvendo as capacidades e habilidades necessárias para realizar um processo pessoal dirigido a alcançar um estilo de vida satisfatório.

2ª Fase: Comunidade Terapêutica

Objectivos

O principal objectivo da Comunidade Terapêutica é fomentar o conhecimento pessoal. Este processo alcança-se mediante a mudança de um estilo de vida individual e comunitário entre as pessoas que, com um interesse comum, trabalham unidas para se ajudarem a si mesmas e às outras.

Este processo desenvolve-se a diferentes níveis:

- a) **Comportamental:** a esse nível procura-se ajudar a pessoa a passar de um comportamento auto – destrutivo a outro socialmente adaptado;
- b) **Emocional:** há uma descoberta de “Quem sou eu”, como me relaciono e como me sinto comigo e com os outros; produz-se um conhecimento das suas emoções e sentimentos e como estes influenciam os seus comportamentos e atitudes;
- c) **Cognitivo:** dá-se um processo de mudança no modo de processar a informação de um modo mais funcional e cognitivo;
- d) **Existencial:** na Comunidade Terapêutica experimentará, à medida que vai realizando uma mudança nos outros níveis, que a sua vida está apoiada num estilo de vida orientado por valores que deverá assumir como seus e que são ampla e socialmente partilhados;

Para o “Projecto Homem” o problema não é a substância consumida, mas a pessoa que está por detrás. A experiência demonstra-nos que dentro da dependência das drogas, existe um profundo fastio pela vida e um profundo desencanto de si mesmo; por isso, é

importante conseguir que o indivíduo seja protagonista e sujeito activo da sua recuperação. O Projecto Homem confia nas capacidades do Indivíduo para resolver os seus problemas e facilita -lhes os instrumentos para que, a pouco e pouco, s e encontre consigo mesmo, tomando as rédeas do seu próprio processo.

3ª Fase: Reinserção Social:

Objectivos

- a) Ser uma pessoa autónoma
- b) Conseguir um equilíbrio entre o pessoal, o familiar e o social
- c) Potenciar um processo de maturação
- d) Atingir o equilíbrio entre os desejos, os sentimentos e o seu pensamento e a capacidade de eleger e de tomar decisões

CRITÉRIOS A OBSERVAR

• Critérios de admissão:

Não à Droga; Não ao Álcool; Não à violência física ou verbal; Não às relações sexuais entre utentes do Programa; Envolvimento do agregado familiar no Programa; Frequência no Centro de Dia antes da Entrada na Comunidade Terapêutica

Sexo: Ambos os sexos

Casais: No Centro de Dia – Sim; Na Comunidade Terapêutica – separados

Filhos: Não são admitidos juntamente com os pais.

Grávidas: Sim

• Critérios de suspensão:

- Violação das Regras do Regulamento Interno

• Critérios de expulsão:

- Violência Física

• Custos do tratamento:

- Tratamento gratuito: Instituição convencionada (se existir Termo de Responsabilidade).
- A família (ou outra entidade) responsabiliza-se pela garantia de um Fundo de Maneio do Residente de 25 €.
- Se o utente tiver necessidade de ficar a residir num dos nossos apartamentos residenciais, durante a Fase e Cento de Dia as famílias deverão pagar 150€ mensais.

BIBLIOGRAFIA:

CAMARA MUNICIPAL DE BRAGA – INSTITUIÇÕES DO CONCELHO DE BRAGA QUE TRABALHAM NA ÁREA DAS TOXICODEPENDÊNCIAS E ALCOOLISMO. [Em linha]. Braga, Janeiro de 2006. [consultado em 28 de Maio de 2011]. 36p. Disponível em URL: http://www.cmbraga.pt/wps/wcm/connect/75d2a000401433849c4adf12df43e782/ATAS_RS_ManualInfToxico.pdf?MOD=AJPERES

COMUNIDADE TERAPÊUTICA S. FRANCISCO DE ASSIS – Comunidade Terapêutica de Celeiros

A Comunidade Terapêutica (CT) S. Francisco de Assis é uma valência da Fundação Domus Fraternitas (FD), Instituição Particular de Solidariedade Social com a seguinte missão:

- Acolher para tratamento terapêutico pessoas toxicodependentes do sexo masculino, que aceitem de livre vontade viver este regulamento e o Plano Terapêutico proposto;
- Ajudar os mesmos a viverem abstinentes de drogas, superando essas dependências por meio de terapias de grupo, terapias individuais, normas de convivência em comunidade e horários adequados;
- Promover a reinserção familiar, social, e laboral dos mesmos.

A Comunidade Terapêutica (CT) S. Francisco de Assis propõe-se criar um clima de residência familiar onde:

- A pessoa toxicodependente não será apenas um “utente”, mas um “irmão-residente”, isto é: membro de uma comunidade humana na qual, cada um é acolhido e motivado a acolher o outro, sem discriminações;
- O residente é co-responsável na dinâmica de todo o processo terapêutico.

A Comunidade Terapêutica (CT) S. Francisco de Assis rege-se pelos valores de fraternização e promoção integral do homem, inspirados em Francisco de Assis, o “Irmão Universal”, e pelas convenções firmadas com o Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP – IDT, IP.

A Comunidade Terapêutica (CT) S. Francisco de Assis utiliza como política o “**Modelo de Avaliação da Qualidade das Unidades de Internamento actantes na Área da Toxicodependência**” proposto pelo Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP - IDT,IP, baseada nos modelos para a avaliação da qualidade das unidades de internamento e outras respostas de cuidados às pessoas idosas e às pessoas em situação de dependência do *Instituto da Qualidade da Saúde* e nos indicadores e normas da qualidade em comunidade terapêutica da ERIT (*The Federation of European Professionals Working in the Field of Drug-Abuse.*)

Fases de Tratamento.

O tratamento estrutura-se em três fases com as seguintes características:

Primeira fase

- Tem a duração de mais ou menos seis meses;
- É de internamento rigoroso: o residente só poderá sair acompanhado, para o proteger de locais e grupos de consumo;

- O residente será apoiado na sua recuperação pela Equipa Terapêutica e por um ambiente propício;
- O grupo da 1.ª fase está subdividido em 3 sub-grupos (área alimentar, área de interiores e área de exteriores) que visam desempenhar funções específicas nas tarefas da comunidade.
- Os residentes da 1.ª fase não podem ter dinheiro nem telemóvel, nem transporte próprio, nem tampouco pedir o seu uso a terceiros.
- O residente é obrigado a sair com o Auxiliar de Terapia e restante grupo até ao 3.º mês de tratamento durante os fins-de-semana e feriados.
- Na 1.ª fase o residente só pode ir a casa por motivo de força maior. Cada situação terá que ser sempre avaliada pela Equipa Terapêutica.
- O residente apenas avançará de fase quando satisfizer os objectivos delineados no seu processo individual e com o parecer positivo da Equipa Terapêutica.

Segunda fase

- Tem a duração de mais ou menos seis meses e é de internamento menos rigoroso.
- O residente já pode sair sozinho em dias estipulados: quartas-feiras das 21 às 23h; Sábados das 15 às 18h e das 21 às 23h e Domingos das 15 às 18h)
- O residente, com o apoio da comunidade e, se possível, da família, terá de encontrar trabalho fora da CT;
- Os residentes devem cumprir os horários de trabalho.
- O residente poderá visitar a família ou receber familiares em visita e sair com eles, em coordenação com a Equipa Terapêutica;
- Os residentes da 2.ª fase podem ter telemóvel e dinheiro das semanadas, mas não podem ter transporte próprio, a não ser em casos especiais e com autorização da equipa técnica.
- O residente pode ir de fim-de-semana de 15 em 15 dias. A partir do 5.º mês desta fase, dependendo do seu comportamento e analisado pela equipa técnica, podem ir todos os fins-de-semana.
- Os residentes devem ficar na comunidade nas tardes de terça-feira para terapias e tarefas comunitárias.
- Os residentes quando ficarem em casa de fim-de-semana integrarão as tarefas da comunidade.
- O residente, no momento oportuno, avaliado pela Equipa Terapêutica, deverá ter uma maior liberdade de movimentos para organizar de forma responsável a sua saída da Comunidade e passagem à Terceira Fase.
- Aquando da saída do residente este terá direito a uma nota de alta.
- NB - Os residentes da 1ª e da 2ª fase, se possível, tenham quartos separados.

Terceira fase:

- Tem a duração de pelo menos 3 anos, incluindo o tempo de internamento.

- Pretende que os ex-residentes possam usufruir de acompanhamento e ajuda por parte da CT, tendo em vista a consolidação da sua vida psíquica, social e profissional;
- O ex-residente terá habitação e trabalho ou curso académico/profissional de sua exclusiva responsabilidade;
- Deverá comprometer-se a seguir um relacionamento estreito com a comunidade, feito em regime de ambulatório, com periodicidade adequada ao seu caso, a qual deverá ser previamente acordada com a Equipa Terapêutica
- A CT prestará gratuitamente este acompanhamento aos ex-residentes que cumprirem o plano proposto pela Equipa Terapêutica.
- Todos os anos a CT deverá promover pelo menos dois encontros gerais: **um** só para os ex-residentes tendo em vista uma partilha mútua e a sua inter-ajuda; **outro, para ex-residentes e respectivas famílias** para troca de experiências e abordagem de algum tema formativo.
- Se o residente concluir o seu tratamento na íntegra, ao final dos três anos terá direito a uma menção honrosa.

Entrevista de avaliação

- Os candidatos que desejem ingressar na CT devem ser sujeitos a uma entrevista prévia de avaliação, efectuada pela Técnica de Serviço Social e Vice-Director da CT e, na sua ausência, por outro membro da Direcção.
- Para a realização da entrevista de avaliação, o candidato deverá estar acompanhado, sempre que possível, por um familiar/responsável pelo seu futuro internamento.
- Na entrevista:
 - Será avaliada a motivação do candidato para o tratamento;
 - Serão explicadas as regras básicas e os objectivos da Comunidade.
 - Dar-se-á a indicação dos exames médicos necessários para o internamento e será marcada a primeira consulta com o médico clínico.
 - Dar-se-á a indicação dos documentos pessoais e vestuário necessários.
 - Será acordado o responsável pelo pagamento da mensalidade e dos gastos pessoais, assim como a forma de pagamento.

Acolhimento na Comunidade

- O candidato deverá comparecer em dia e hora estabelecidos pela Técnica de Serviço Social, acompanhado pelo responsável do seu tratamento.
- O candidato deverá entrar desintoxicado, de preferência pelo CAT local de residência e já com a proposta de admissão preenchida.
- Deverá ser acolhido pela Técnica de serviço Social e sempre que possível pelo Vice-Director da CT, ou outro que o substitua.
- Neste acolhimento deverão ser entregues todos os documentos pedidos na entrevista.
- Será entregue ao residente o Regulamento Interno da Comunidade.

- Ser-lhe-ão comunicados todos os direitos e deveres enquanto membro interno da Instituição.
- Será entregue ao candidato um questionário de análise motivacional (projecto pessoal) que deverá ser preenchido pelo mesmo até ao final dos 10 primeiros dias.
- Posteriormente, o candidato deverá ser encaminhado para o monitor de serviço que fará uma revista a todos os sacos e malas trazidos pelo residente bem como ao próprio.
- Todos os objectos de valor deverão ser entregues ao responsável do tratamento ou ao monitor que os guardará em cacifo próprio.
- Após a revista o candidato será encaminhado para o quarto pelo monitor onde lhe será designado pelos monitores a cama e o armário para o seu vestuário.
- Antes de celebrar o contrato o candidato terá um primeiro diálogo com a psicóloga, que o ajudará a preencher o questionário motivacional (projecto pessoal) entregue no dia de entrada, caso seja oportuno.
- Ao final dos 10 dias o candidato deverá assinar, livremente, com a CT uma declaração de honra e compromisso onde se explicitará a necessidade de adquirir uma postura de verdade e responsabilidade pelo seu tratamento. Se o residente não assumir esta responsabilidade, terá que abandonar a CT. Este contrato será celebrado por ambas as partes e deste modo, poderá também a comunidade não querer assumir esta responsabilidade e convidar o residente a sair.
- Celebrado o contracto, o candidato, já como residente terá a 1.ª terapia individual com a psicóloga no horário oportuno.
- Ao final de cada mês o residente deverá ser avaliado pela E. Terapêutica tendo em conta sobretudo a eficácia das estratégias definidas pela referida equipa, as ocorrências registadas pelos monitores e o cumprimento do regulamento interno.
- Para um melhor funcionamento da CT não haverá admissões durante os meses de Agosto e Dezembro.

Vida na Comunidade

A vida na comunidade assenta num conjunto de princípios humanos valorizados por S. Francisco de Assis: o cuidado com a educação, a amabilidade, a sinceridade, a confiança mútua, o controle de si mesmo, a delicadeza, a cortesia, o sentido de humor, o espírito de partilha, o perdão, a aceitação recíproca, a capacidade de diálogo e de comunicação e a adesão sincera a uma benéfica disciplina comunitária.

Terapias

Terapia de confrontação

- Realiza-se de segunda a sexta, excepto nos feriados e quartas-feiras.
- É orientada pelo Auxiliar de Terapia de serviço
- Nesta reunião estarão presentes todos os residentes da CT.
- O seu objectivo é a avaliação do dia e o crescimento individual e comunitário
- Requer a participação, verdade e objectividade de todos

- Os residentes deverão ser confrontados com a incoerência do seu comportamento, quer por outros residentes quer pelo auxiliar de terapia.
- Não são permitidas faltas de respeito e excessos verbais
- Nela serão divulgadas, sempre que for oportuno, as abordagens da Equipa Terapêutica às ocorrências.

Terapia de grupo

- Realiza-se de segunda a sexta-feira, excepto nos feriados
- É da responsabilidade de um dos terapeutas.
- O seu objectivo é:
 - A exposição de temas inerentes à área da toxicodependência e partilha de experiências sobre os mesmos.
 - A exposição e partilha de temas fundamentais para a vida humana: dignidade pessoal, família, profissão, relação meio/grupo, saúde, valores ético-religiosos, etc.
- Requer a participação activa, interessada e construtiva dos residentes.
- É obrigatória; a sua ausência ou atraso injustificado é considerado um não cumprimento, mais ou menos grave segundo as circunstâncias, do Regulamento da CT
- Às terças-feiras haverá uma terapia colectiva com os residentes da 2.ª fase em hora a combinar com o Auxiliar de Terapia.

Terapia pelo trabalho (Ergoterapia.)

- Realiza-se de segunda a sexta-feira, das 13:45 às 16:45h, na Comunidade ou fora dela.
- Tem como objectivo ensinar e desenvolver as qualidades de cada residente num espírito de gratuidade, colaboração e superação pessoal.
- Visa criar ritmos de trabalho em ordem à reinserção socioprofissional.
- Durante a ergoterapia os quartos devem estar fechados.
- É obrigatória e será organizada pelo Auxiliar de Terapia de serviço. A sua ausência ou atraso injustificado é considerado um não cumprimento do Regulamento, mais ou menos grave segundo as circunstâncias.

Terapia Individual

- É feita pela/o psicóloga/o da CT.
- Realiza-se de segunda a sexta-feira, excepto nos feriados, em horário próprio.
- Tem como objectivo conhecer as necessidades individuais de cada um e estabelecer um programa individual para uma melhor abordagem terapêutica.
- Tem carácter obrigatório. A resistência a esta abordagem individual é considerado um não cumprimento do Regulamento, mais ou menos grave segundo as circunstâncias.
- Destina-se a residentes da primeira e segunda fases, e em cuidados ambulatoriais.
- Às terças-feiras haverá uma terapia individual para residentes da segunda fase.

Aconselhamento Individual

- É feita pelo Auxiliar de Terapia do dia.
- Realiza-se de segunda a sexta-feira, excepto nos feriados, em horário próprio.
- Tem como objectivo continuar o processo de conhecimento das necessidades dos residentes assim como ajudar na concretização do plano terapêutico individual.
- Tem carácter obrigatório. A resistência a esta abordagem individual é considerado um não cumprimento, mais ou menos grave segundo as circunstâncias, do Regulamento da CT.
- Os residentes de segunda fase devem pedir este aconselhamento sempre que o necessitem.

Aprofundamento de valores Espirituais

- Tem uma dimensão inter-religiosa e ecuménica com o objectivo de cuidar a dimensão espiritual do residente.
- Cada residente tem o direito de expressar a sua religiosidade individualmente, desde que isso não perturbe o funcionamento da CT nem ofenda outros residentes.
- Desenvolve-se:
 - A nível individual, nos momentos e espaços oportunos.
 - Diariamente, através de pequenas orações no início das principais refeições, feitas espontaneamente por cada residente.
 - Semanalmente, através de uma oração de carácter não obrigatório.
 - Através do acesso aos sacramentos sempre que isso seja oportuno.
- Os residentes não crentes, ou de outras confissões religiosas, são convidados a estarem presentes na oração de início e fim das principais refeições, assim como nas celebrações comunitárias.

Terapias familiares:

A reabilitação do residente supõe uma relação dialogante e frequente com a família (esposa, pais e outros familiares) o que implica:

- Uma relação harmoniosa do residente com a mesma.
- Um diálogo de inter-ajuda com as famílias no sentido de as ajudar a lidar com o problema.

Neste sentido, a Equipa Terapêutica prevê terapias familiares sempre que sejam oportunas e em horário próprio.

O companheirismo, é um dos pilares da CT que implica:

- Respeitar os direitos e deveres de cada residente.
- Ajudar e ser ajudado no seu crescimento pessoal e comunitário.
- Qualquer tipo de ameaça ou agressão física é susceptível de exclusão da CT.

Todo o corpo terapêutico e demais funcionários têm por objectivo ajudar na recuperação e evolução pessoal dos residentes. Para tal, cada membro:

- Deve ser respeitado como uma autoridade amiga, terapêutica e em circunstância alguma pode ser desautorizado e colocado em causa. Qualquer falta a este nível será susceptível de exclusão da CT.

Todos os residentes estão sujeitos às tarefas necessárias para a manutenção e o bom funcionamento da casa. Essas tarefas:

- Devem ser exercidas com empenho e dedicação.
- Visam o crescimento pessoal, individual e comunitário, de cada residente.
- Contribuem para a sua crescente responsabilidade.
- Têm por objectivo a limpeza integral e o asseio da casa, assim como as tarefas da cozinha, refeitório, copa, lavandaria e quintal.
- Devem ser cumpridas segundo a escala de serviço organizada pelos Auxiliares de Terapia e durante as mesmas não é permitido ouvir música.
- A Equipa Terapêutica pode aprovar outras tarefas fora da comunidade.

As visitas dos responsáveis pelo internamento devem ter um sólido apoio à terapia de recuperação. Para isso, os visitantes devem:

- Marcar a visita com o Técnico de Serviço Social.
- Ser recebidos pelo Técnico de Serviço Social, que estabelecerá o tempo de visita e informará sobre a situação clínica dos residentes.
- Procurar a aproximação saudável e responsável entre eles e os residentes
- Abster-se de dar aos residentes bebidas alcoólicas, dinheiro, estupefacientes e telemóveis (que só são permitidos na segunda fase)
- Fazer a visita em dias úteis.
- Evitar que ocorram durante a visita situações graves, pois, se ocorrerem, a visita será imediatamente interrompida.
- Ser informados de que as visitas terão a seguinte periodicidade: **A primeira** nos finais do 1º mês de internamento; a **segunda** nos finais do 2º mês (sendo estas duas visitas efectuadas dentro dos espaços da Comunidade); as **seguintes**, a partir do segundo mês e meio, de 15 em 15 dias, e poderão ser fora dos espaços da Comunidade, por um período máximo de duas horas, caso o residente obtenha nota de bom comportamento.
- Ter presente que as situações em que se pretende que o residente se desloque à família deverão ser comunicadas ao Técnico de Serviço Social com antecedência para que possam ser avaliadas por toda a Equipa Terapêutica.
- Saber que quando o residente completar o 5.º mês de internamento poderá ir à família durante 12 horas, caso esta reúna as condições julgadas necessárias e se responsabilizem por ele. Quando o residente completar 6 meses poderá visitar de novo a família durante 2 dias, caso a Equipa Terapêutica, o considere conveniente e a família assuma a total responsabilidade.

- No dia do seu aniversário o residente tem direito a uma visita extra e um passeio devidamente acompanhado pela família ou responsável pelo tratamento durante o tempo que a equipa técnica achar conveniente.
- Poderá celebrar o aniversário de familiares fora da Comunidade, ou outros encontros familiares, sempre que a Equipa Terapêutica achar conveniente e por tempo determinado.

Álcool, Drogas e Tabaco:

- O Plano Terapêutico da CT visa ajudar cada residente a viver abstinente de drogas.
- O residente a quem for detectado consumo de drogas, álcool ou medicação não prescrita pelo médico será avaliado pela Equipa Terapêutica, sujeitando-se a ser expulso ou a cumprir a devida correcção.
- O residente que introduzir e consumir na CT droga, álcool ou medicação não prescrita pelo médico será expulso.
- O residente deverá ser aconselhado e motivado a deixar de fumar tabaco ao longo do tratamento.
- A CT não permite que o residente fume mais do que 1 maço de tabaco por dia.
- A CT oferecerá o devido tratamento médico e medicação necessária aos residentes que derem provas evidentes de quererem libertar-se dessa dependência, depois da primeira fase.

Medidas de Correcção:

A CT apenas pode ajudar aqueles, e só aqueles, que desejam seriamente valorizar a sua vida e dignidade pessoais. Por isso, sempre que se verificarem casos ou situações gravosas contra o Regulamento, o residente será suspenso por tempo determinado ou intimado a abandonar a CT.

De entre essas situações ou casos, mais ou menos graves, destacam-se os seguintes:

- Não-aceitação, desrespeito ou não cumprimento sistemático do Regulamento.
- Falta de honestidade e comportamentos subversivos.
- Ausentar-se indevidamente da Comunidade.
- Desrespeito a algum membro da Direcção, Equipa Técnica ou Funcionário.

BIBLIOGRAFIA

Fundação Domus Fraternitas, IPSS – Regulamento Interno da Comunidade Terapêutica S. Francisco de Assis. 29-11-2008.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA SEMPRE A CRESCER -COOPERATIVA DE SOLIDARIEDADE SOCIAL – Em Adáufe

Constituída em 2000 para garantir o funcionamento da Clínica de Adáufe – Comunidade Terapêutica – uma unidade de recuperação de toxicodependentes existente desde 1997, a Cooperativa Sempre a Crescer trava, diariamente, uma luta contra o fenómeno da droga.

Inserida numa vasta quinta de seis hectares e uma casa com 25 divisões, este é um espaço que privilegia a segurança e o bem-estar de todos aqueles que a procuram.

Possui uma equipa especializada que leva a cabo este projecto voltado para a comunidade, onde o principal objectivo é a educação, formação e integração social de uma população vulnerável, excluída ou em risco de exclusão, principalmente os toxicodependentes.

SERVIÇOS PRESTADOS

Comunidade Terapêutica de Recuperação de Toxicodependentes

- Lotação máxima: 35 residentes (ambos os sexos)
- 25 camas protocoladas (mensalidade das famílias: 288,06 euros)
- 10 camas particulares (caução: 2.250 euros; mensalidade: 1500 euros)
- Proveniência de todo o país (CAT e particulares)
- Duração média do internamento: 12 meses
- Duração do programa terapêutico: 3 anos (dois dos quais em ambulatório: consultas individuais, grupos terapêuticos e abordagem familiar)
- Modelo terapêutico individual e de grupo de orientação psicodinâmica; modelação por pressão de grupo de pares; terapêutica ocupacional
- Objectivos: crescimento Psico – Afectivo do toxicodependente e a sua reinserção social. Destina-se a indivíduos que beneficiem de um corte de longa duração (cerca de 9 meses) com o seu meio habitual
- Critérios de admissão: idades compreendidas entre os 18-50 anos, sexo feminino e masculino, pessoas com ou sem filhos, grávidas, outros tratamentos sem sucesso, tratamentos de substituição, motivação, estado físico, reclusos
- Critérios de Exclusão: casais, motivação, patologias psiquiátricas, patologias físicas que coloquem em risco o próprio ou a Comunidade
- Critérios de Expulsão: contacto sexual, agressões físicas ou verbais, desrespeito pelas regras instituídas, consumo de drogas, álcool ou medicamentos não prescritos, não adesão sistemática ao programa terapêutico
- Formação Profissional para os residentes internados

Apartamentos de Reinserção

- Definição: é um espaço que se aproxima o mais possível do ambiente de pertença do residente de modo a que o toxicodependente (abstinente de álcool e drogas) tenha a possibilidade de construir, de melhorar e/ou pôr à prova as suas competências sejam elas de natureza física, intelectual, emocional ou relacional;
- Sexo masculino
- Lotação máxima: 13
- Duração média: 6 a 9 meses
- Mensalidade: 950 euros
- Objectivos: proporcionar condições de adaptação social e de reintegração sócio – profissional do toxicodependente, através dos grupos terapêuticos, de grupos de auto – ajuda; da promoção/desenvolvimento e implementação de actividades de formação, profissionais, de ocupação de tempos livres, de socialização, em grupo e individuais; a abordagem familiar que visa a reintegração familiar é sistemática e ocorre durante um período de estadia no apartamento; o apoio psicológico individual dos residentes mantém-se;
- Critérios de admissão: ter cumprido o programa residencial da Comunidade Terapêutica, estar abstinente do consumo de álcool e drogas, ter um projecto de vida e de reinserção elaborado em conjunto com a equipa técnica de forma a prosseguir o seu processo terapêutico,
- Critérios de expulsão: contacto sexual, agressões físicas ou verbais, desrespeito pelas regras instituídas, consumo de drogas, álcool ou medicamentos não prescritos, não adesão sistemática ao programa terapêutico;

Fase pós residencial

- Destinada a todos os residentes que completaram a fase de internamento (acompanhamento regular, individual e em grupo, no pós – residencial até ao fim do terceiro ano após entrada no programa)
- Abordagem familiar e grupos de pais
- Consultas individuais: 40€
- Grupos: 35€
- Teste de urina (unidade): 8€
- Fim de semana: 110€

APOIO A FAMÍLIAS

Abordagem familiar (dos residentes internados – gratuita e grupos de pais mensais – gratuitos)

- Consultas Externas: 40€
- Avaliação e encaminhamento de casos
- Apoio Psicológico a crianças, adolescentes e adultos
- Orientação escolar e profissional
- Terapia de Casal
- Consultas de Sexologia Clínica

- Apoio a familiares: aberto à população em geral
- Acções e cursos de formação abertos à comunidade exterior

Equipa Técnica: Director Clínico: 1; Coordenadora: 1; Psicólogos: 4; Monitores: 5; Psiquiatra avançado: 1; Clínico Geral avançado: 1

BIBLIOGRAFIA:

CAMARA MUNICIPAL DE BRAGA – INSTITUIÇÕES DO CONCELHO DE BRAGA QUE TRABALHAM NA ÁREA DAS TOXICODEPENDÊNCIAS E ALCOOLISMO. [Em linha]. Braga, Janeiro de 2006. [consultado em 28 de Maio de 2011]. 36p. Disponível em URL: http://www.cmbraga.pt/wps/wcm/connect/75d2a000401433849c4adf12df43e782/ATAS_RS_ManualInfToxico.pdf?MOD=AJPERES

UNIDADE DE TRATAMENTO DE TOXICODEPENDENTES (S. LUÍS) – Unidade em que exerço actualmente funções

É um espaço integrado na Casa de Saúde do Bom Jesus, surgiu em Outubro de 1992 para o atendimento de toxicodependentes de ambos os sexos, provenientes de todo o país.

- **Tipo de internamento:** desintoxicação física e tratamento de toxicodependentes com comorbilidade psiquiátrica.

- **Proveniência:** CAT'S de todo o país ou particulares

- **Regulamento de internamentos particulares:**

- **Critérios de admissão – PARTE CLÍNICA**

- a) **INFORMAÇÃO CLÍNICA** – que consista na observação do utente e no conseqüente acompanhamento após a alta para consolidação do processo terapêutico.

- b) **EXAMES** – Sugere-se:

- Análises clínicas (Hemograma; VDRL; Ureia; Creatinina; Glicose; Urina tipo 2; Função Hepática; Marcadores víricos; HIV1 +HIV2

- Micro ou RX pulmonar com relatório.

- *Consideram-se válidos exames com menos de 2 meses.*

DURAÇÃO DO INTERNAMENTO – 7 a 10 dias - *O internamento só será prolongado se a situação clínica o exigir.*

- **Critérios de admissão – PARTE ADMINISTRATIVA**

- a) **DIÁRIA** – 75 Euros, É necessário depositar uma caução de 600 Euros (Se internamento Particular)

- b) **EXCLUSÕES DA DIÁRIA** – Despesas de bar e tabaco

- Não são permitidos internamentos com intervalo inferior a 6 meses.

- c) **DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

- Bilhete de Identidade; Número de Beneficiário; Número de Contribuinte; Boletim de Vacinas; Cartão do Sistema Nacional de Saúde ou outro.

- **Regulamento interno pelos CAT**

O utente terá que estar inscrito no CRI da sua área e a proposta de internamento depende dos critérios terapêuticos do terapeuta.

- Tempo médio de internamento: 8 dias

- Equipe técnica: Psiquiatras, Enfermeiros 24h/dia, Técnica Superior Serviço Social,

Psicóloga, Técnica Superior Reabilitação, Animadora Social, Professor de Ginástica.

• **Regulamento interno da unidade de internamento:**

Regras de funcionamento

- a) Permanecer internado até que seja concedida alta médica, o que acontecerá ao fim de um mínimo de oito dias;
- b) Aceitar ser completamente revistado, o mesmo acontecendo à bagagem, à entrada, à saída e sempre que considerado necessário;
- c) Colaborar nas actividades de vida diária;
- d) Não fazer ou receber directamente telefonemas durante todo o internamento;
- e) Não receber visitas;
- f) Não participar em qualquer tipo de jogo a dinheiro (ou outros bens) nem dar, vender ou trocar qualquer tipo de objectos;
- g) Não fumar nos quartos, entrar nos quartos de outros utentes, ou dormir nas salas;
- h) Tomar a medicação prescrita na presença do enfermeiro e no momento em que esta lhe for entregue;
- i) Não consumir ou ter em sua posse, qualquer tipo de droga ou medicamentos não prescritos pelos médicos da unidade;
- j) Não se envolver em comportamentos agressivos ou de índole sexual nem ter condutas inadequadas, como atitudes indecorosas para com utentes ou funcionários, cometer furto, causar estragos nas instalações, etc...

• **Serviços disponíveis no internamento:**

- Acolhimento ao utente e família (entrevista com o utente e família)
- Actividades terapêuticas;
- Actividades Sócio-recreativas (ginástica, música, cinema, passeios ao jardim);
- Serviço de bar;
- Serviço religioso;

BIBLIOGRAFIA:

CAMARA MUNICIPAL DE BRAGA – INSTITUIÇÕES DO CONCELHO DE BRAGA QUE TRABALHAM NA ÁREA DAS TOXICODEPENDÊNCIAS E ALCOOLISMO. [Em linha]. Braga, Janeiro de 2006. [consultado em 28 de Maio de 2011]. 36p. Disponível em URL: http://www.cmbraga.pt/wps/wcm/connect/75d2a000401433849c4adf12df43e782/ATAS_RS_ManualInfToxico.pdf?MOD=AJPERES

ANEXO III – Programa de Tratamento com Agonista Opiáceo – Cloridrato de Metadona

PROGRAMA DE TRATAMENTO AGONISTA OPIÁCEO

O principal âmbito de intervenção das Equipas de Tratamento (ET) é o tratamento e a redução de riscos e minimização de danos. Neste contexto, o Programa de Tratamento Agonista Opiáceo (PTAO) assume particular relevância.

Estes tipos de programas “visam que o uso ilícito de um opiáceo de rua ou outro opiáceo, por um doente dependente, seja substituído pela administração de um fármaco opióide de prescrição médica, agonista total ou parcial (por ex. Metadona ou Buprenorfina). Assim se poderá facilitar o abandono ou a redução do consumo ilícito e diminuir os riscos e danos associados ao consumo de risco” (Instituto Da Droga E Toxicodependência, Instituto Público, 2006: 6)

O PTAO tem como principais objectivos:

- “- Suspender a dependência do opiáceo de rua ou o mau uso de outro opiáceo;*
- Reduzir os problemas psico-sócio-sanitários associados ao consumo;*
- Melhorar a qualidade de vida dos utilizadores dos Programas;*
- Favorecer a integração sócio-familiar;*
- Fomentar mudanças de estilos de vida;*
- Facilitar a continuidade e permanência nos programas de tratamento e reinserção”*
(Idem: pg.7).

Existem vários agonistas opiáceos, mas a Metadona assume-se como o mais vulgarmente utilizado. Em Portugal, os programas de substituição com Metadona iniciaram-se no Porto, em 1978.

O Cloridrato de Metadona (solução oral a 1%) é um opiáceo narcótico sintético de longa duração, que apresenta resultados satisfatórios no tratamento da toxicodependência, nomeadamente por heroína. Apesar das suas vantagens terapêuticas, esta substância pode causar tolerância e dependência física e psicológica, daí que seja fundamental um rigoroso controlo terapêutico. Pode ainda desencadear depressão respiratória, a depressão circulatória, o choque, entre outros. As reacções adversas mais frequentemente observadas incluem: tonturas, sedação, transpiração, náuseas e vômitos.

Para um utente integrar o PTAO é necessário que preencha um “Contrato de Admissão no Programa de Substituição com Agonistas Opiáceos”, onde consente a administração da Metadona e se compromete a reunir um conjunto de condições e a cumprir algumas regras, entre elas:

- *Consulta médica periódica.*
- *Consulta de enfermagem periódica.*
- *Acompanhamento sócio-familiar periódico.*
- *Consulta psicoterapêutica (individual / grupo) regular, no mínimo mensal.*
- *Controlo analítico geral de 6 em 6 meses.*
- *E.C.G. e Rx Tórax anuais*
- *Pesquisa de metabolitos urinários sempre que a equipa técnica julgar necessário.*
- *Avaliação médica e psicossocial cada 6 mês.*
- *Co-responsabilização de um familiar / tutor ao longo de todo o programa (inclui realização de avaliação semestral).*
- *Obrigatoriedade de o utente avisar, com pelo menos 5 dias úteis de antecedência, da deslocação para localidades fora do âmbito da ET onde se encontra inscrito” (Idem: 15).*

As tomas do Cloridrato de Metadona podem ser presenciais (deslocação diária ao local de administração para as tomas, salvo situações justificadas e dependentes da decisão da equipa terapêutica) ou não presenciais [domiciliárias] (“depois de o tratamento estar estabilizado, verificando-se a abstinência de drogas há pelo menos três meses e estando o utente a trabalhar, a equipa terapêutica pode autorizar que passe a levar doses para tomar em casa”, vindo à ET uma ou duas vezes por semana). (Ibidem)

Consoante o grau de exigência, podem-se considerar três níveis diferentes de PTAO:

- **O PTAO de Alto Limiar de Exigência:**

“visa a abstinência de heroína e de outras substâncias psicoactivas e está integrado num programa mais amplo de seguimento médico, psicológico e social. A admissão em programa implica um contrato terapêutico e a realização de análises toxicológicas periódicas; pode prever penalizações no caso de haver consumos de drogas” (Idem: pg.8), onde se inserem os utentes seguidos na ET.

- **O PTAO de Baixo Limiar:** *“promove o contacto regular com o utente através da permanência deste no programa, procura que este contacte outros serviços sócio-sanitários e abandone as práticas de risco; quando mais estável deve transitar para outro tipo de intervenção mais estruturada” (Ibidem).* Este nível de PTAO enquadra-se

numa intervenção no âmbito da Redução de Riscos e Minimização de Danos, como é o caso das Equipas de Rua.

- **O PTAO de Objectivos Intermédios**, *“em que a prioridade se centra mais na readaptação pessoal e social do utente do que na abstinência total; combina aspectos dos anteriores. Quando mais estável deve transitar para outro tipo de intervenção mais estruturada”* (Ibidem).

O PTAO deve ter uma duração de 1 a 3 anos, mas este período pode ser ajustado conforme as características do utente. A dose administrada vai diminuindo progressivamente com

“periodicidade semanal, quinzenal ou mensal, até zero. A fase final pode ter lugar já durante o internamento numa comunidade terapêutica ou, quando houver premência, pode ser acelerada mediante um internamento de dez dias numa Unidade de Desabilitação para terminar o agonista. É muito aconselhável que se mantenha o apoio e acompanhamento psicossocial após a alta do PTAO” (Idem: p.14).

Ao longo deste Estágio na ET de Braga tive a oportunidade de observar e participar no PTAO e constatei que este programa é, de facto, de grande importância, visto que a maioria do tratamento instituído na ET passa por ele.

Quando um utente inicia o PTAO realiza-se o acolhimento, que integra uma consulta de enfermagem programada, onde a equipa de enfermagem faz a observação do utente e o orienta relativamente ao tratamento de substituição.

Quando o utente inicia o tratamento na ET de Braga, realiza tomas diárias de Metadona na instituição e testes periódicos de detecção de metabolitos na urina. Se passados 3 meses desde o início do tratamento, o utente se mantiver abstémico e estiver a trabalhar é possível começar a levantar doses semanais para toma domiciliária, se tal for aceite após a apresentação do caso em reunião clínica, com todos os profissionais da equipa terapêutica.

A dispensa de Metadona é realizada através do programa informático *Medidos®*, que permite aceder aos dados e história clínica do doente, bem como às prescrições médicas. Neste programa são ainda registados dados importantes como as datas das consultas e os resultados dos testes à urina, entre outros. Daquilo que me foi possível experimentar neste programa, percebi que a sua utilização é relativamente fácil e que os dados ficam organizados, sendo bastante acessível a sua pesquisa.

Na minha perspectiva, para o PTAO ter resultados efectivos é necessário assentar numa base de confiança mútua e sinceridade, o utente deve confiar na equipa técnica e no seu tratamento e a equipa deve confiar no empenho do utente.

Durante o meu estágio observei algumas situações em que os utentes admitiam o consumo de forma franca e outras, em que apesar da confrontação com os resultados dos testes de detecção de metabolitos na urina, os utentes negavam os consumos. Alguns utentes tentam manipular os testes trazendo urina em recipientes escondidos, contudo devido à organização

física da sala de realização dos testes é possível ao Enfermeiro vigiar todo o processo, pelo que estas situações são detectadas e muitos dos doentes que são confrontados negam e ficam mais agressivos, tendo o Enfermeiro que gerir bem estas situações.

A alguns utentes que estão inscritos no PTAO são administrados antipsicóticos em solução juntamente com a Metadona sem estes terem conhecimento. Esta situação fez-me pensar sobre as questões éticas envolvidas nesta situação. Na minha perspectiva, muitos destes utentes iriam recusar-se à realizar esta medicação, pelo que só deste modo é possível controlar os sintomas psicóticos que alguns desenvolvem associados aos consumos e à comorbilidade que muitos deles apresentam. Assim, parece-me que aqui se aplica o princípio ético da beneficência.

Deste modo, com este estágio ficou notória para mim a importância do PTAO, junto da população toxicodependente.

BIBLIOGRAFIA

INSTITUTO DA DROGA E TOXICODEPENDÊNCIA – “*Normas Orientadoras De Programas Terapêuticos Com Agonistas Opiáceos*”. [Em linha]. Lisboa: Departamento de Tratamento, Redução de Danos e Reinserção, Outubro 2006. 42p. [Consultado em 29 de Abril de 2011]. Disponível em [URL:http://www.idt.pt](http://www.idt.pt).

**ANEXO IV – Artigo e
Poster para
participação no
Congresso da SPESM**

Título: Caracterização dos utentes de uma unidade de desabitação de drogas

Primeiro autor (Ana Paula Palmeira, Enfermeira Directora, Irmãs Hospitaleiras Sagrado Coração de Jesus - Casa de Saúde do Bom Jesus, dir.enf.csbj@ihscj.pt);

Segundo autor (Diamantino Azeredo, Enfermeiro Chefe, Unidade São Luís, Irmãs Hospitaleiras Sagrado Coração de Jesus - Casa de Saúde do Bom Jesus, diamantino.azeredo@sapo.pt);

Terceiro autor (Joaquim Duarte, Médico Psiquiatra, Chefe de Serviço, Unidade de São Luís, Irmãs Hospitaleiras Sagrado Coração de Jesus - Casa de Saúde do Bom Jesus, joaquim.duarte@netcabo.pt);

Quarto autor (Sérgio Nogueira, Aluno do Mestrado com Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Universidade Católica Portuguesa – Porto, Irmãs Hospitaleiras Sagrado Coração de Jesus - Casa de Saúde do Bom Jesus, sergio_nogueira24@hotmail.com);

Quinto autor (Leonel Fernandes, Mestre com Especialidade em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Unidade São Luís, Irmãs Hospitaleiras Sagrado Coração de Jesus - Casa de Saúde do Bom Jesus, leocroc@gmail.com).

RESUMO

Por razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, o consumo de substâncias psicoactivas tornou-se o foco de atenção mundial dada a dimensão que o seu impacto adquiriu na sociedade actual. Estima-se que 200 milhões de pessoas no mundo consumam alguma droga ilícita, 1,1 mil milhões fumem cigarros e cerca de 2 mil milhões consomem bebidas alcoólicas. A cannabis é a droga ilícita de escolha em muitos países do mundo, e a disseminação do uso injectável de drogas desencadeou epidemias de HIV/SIDA em várias regiões do globo (Borges & Filho, 2004).

Deste modo, e no campo da Saúde Mental, certamente o tratamento das dependências químicas representam um grande desafio, para todos os profissionais de saúde que trabalham nesta área, pois para além de ser um problema de saúde pública, tem de ser visto na sua globalidade e não apenas como o consumo de uma ou outra droga em particular.

Assim, com este trabalho pretendemos fazer uma breve caracterização da população com dependências, que realizou tratamento na Unidade de Desabitação de São Luís, durante o ano de 2010, através do levantamento de dados de questionários aplicados, pela equipa multidisciplinar, aquando da admissão dos utentes.

Palavras-chave: Dependência; Droga; Saúde Mental; Caracterização

1. INTRODUÇÃO

A Unidade São Luís tem por missão a desabilitação física de drogas de abuso e agonistas opiáceos, sendo a maioria dos seus utentes consumidores de Heroína, Cocaína, Buprenorfina, Metadona e Álcool. A capacidade da unidade é de 10 camas protocoladas com o Instituto da Droga e da Toxicodependência.

Segundo o Instituto da Droga e Toxicodependência (2009) *“Os estudos têm mostrado que os consumos de substâncias psicoactivas (SPA), tal como outros comportamentos de risco, se iniciam em idades cada vez mais precoces. Daqui deriva que retardar a idade de início dos consumos é uma prioridade e indica que a intervenção deverá incidir em grupos etários mais jovens, o que aponta para acções continuadas em meio escolar. Por outro lado, verifica-se que os actuais padrões de consumo dos jovens passam pelo policonsumo que, de um modo geral, inclui o álcool e acontece em contextos de lazer.”*

O tratamento de desabilitação nesta unidade varia entre oito a dez dias para desabilitações de heroína e de catorze dias quando o tratamento é a desabilitação de um agonista opiáceo, para que seja possível efectuar administração de antagonista opiáceo. Segundo o protocolo estabelecido entre a instituição e o Instituto da Droga e da Toxicodependência, conforme publicado no Despacho n.º 18683/2008 de 14 de Julho de 2008, foi determinado que o tempo máximo para desabilitação física seja dez dias, para finalizar tratamento com agonista catorze dias e utentes com co-morbilidade psiquiátrica até vinte e um dias.

Este trabalho tem por objectivo caracterizar a população da Unidade São Luís no ano de 2010 relativamente a dados sócio demográficos, taxa de factores de risco na transmissão de doenças infecciosas, taxa de co-morbilidade psiquiátrica, idade de início de consumo de substâncias de adição, droga de iniciação.

2. METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi a revisão bibliográfica, seguida do tratamento estatístico e análise de resultados dos dados recolhidos aquando da admissão dos utentes na Unidade São Luís, no decorrer do ano 2010.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os gráficos a seguir apresentados são relativos aos 268 utentes que estiveram internados na Casa de Saúde do Bom Jesus – Unidade São Luís no ano 2010.

3.1. Dados sócio demográficos

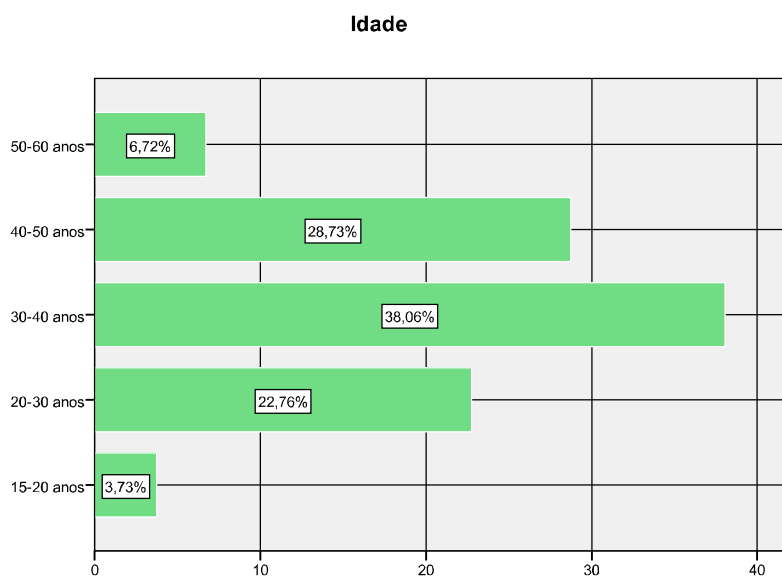


Gráfico 1 – Idade dos utentes que estiveram internados

No que diz respeito à faixa etária dos utentes, a partir da análise do gráfico anterior, podemos constatar que a maioria dos utentes que estiveram internados encontra-se na faixa etária entre os 30 e os 40 anos de idade (102 indivíduos), seguida da faixa etária 40 aos 50 anos (77 indivíduos), a faixa etária 20 a 30 anos (corresponde a 21 indivíduos).

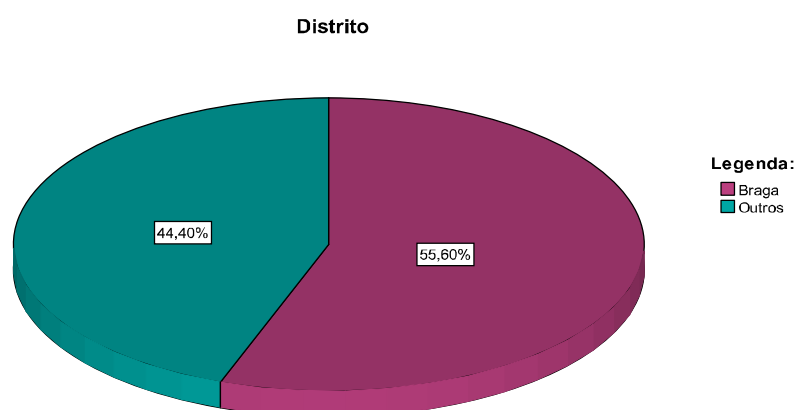


Gráfico 2 – Distrito de proveniência dos utentes

No que se refere à proveniência dos utentes que fizeram tratamento na unidade, podemos constatar que a maioria dos utentes são do distrito de Braga 55,6% (149 utentes), sendo que os restantes 44,4% dos utentes são provenientes dos mais diversos distritos do país (Lisboa, Porto, Bragança e Aveiro).

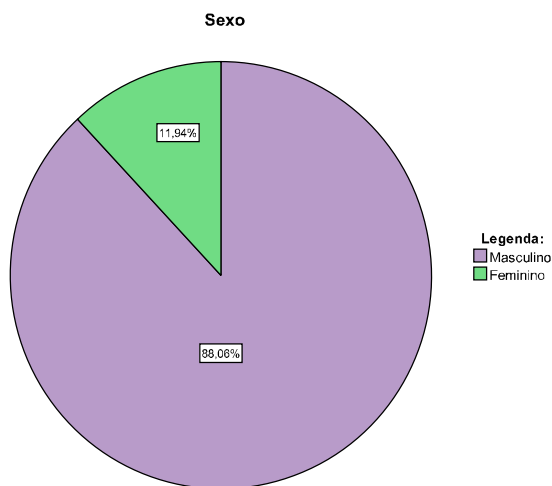


Gráfico 3 – Sexo dos utentes

No que respeita ao sexo dos utentes internados, verificamos que na sua grande maioria são do sexo masculino 88,1% (236 utentes) e 11,9% do sexo feminino (32 utentes).

3.2. Tipo de tratamento, idade e substância de iniciação e principal dos consumos

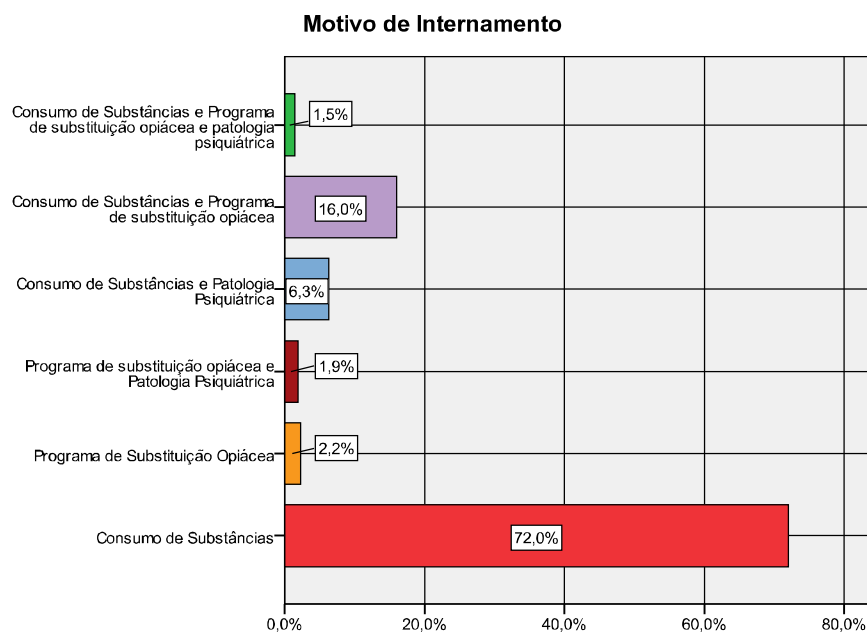


Gráfico 4 – Motivo de internamento

Podemos observar no gráfico, que o internamento mais comum é o de utentes com consumo isolado de substâncias de adição 193 utentes (72%), seguido do consumo de substâncias em utentes do programa de substituição opiácea 43 utentes (16%), verificamos também alguns casos de utentes com consumo de substâncias tendo patologia Psiquiátrica associada (comorbidade) 17 utentes (6,3%).

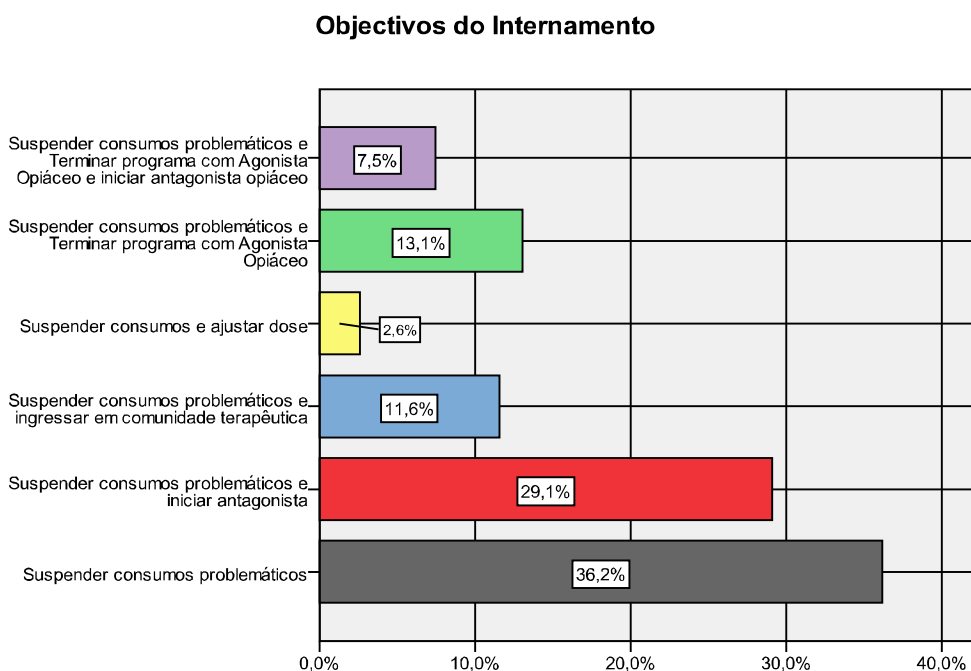


Gráfico 5 – Objectivos de Internamento

No que respeita aos objectivos do internamento, podemos constatar que o grosso dos utentes admitidos na unidade, têm como objectivo suspender os consumos problemáticos 97 utentes (36,2%), seguida de internamentos para suspender consumos e iniciar antagonista, 78 utentes (29,1%).

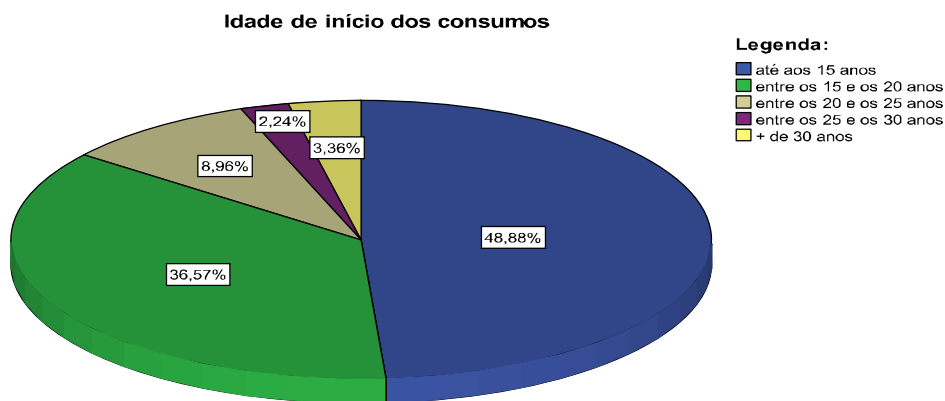


Gráfico 6 – Idade de início dos consumos

Através da observação do gráfico anterior, podemos verificar que a grande maioria dos utentes iniciam os seus consumos de substâncias aditivas antes dos 20 anos de idade. Sendo que 131 utentes (48,9%) iniciam os consumos antes dos 15 anos e 98 utentes (36,6%) iniciaram consumos em idades compreendidas entre os 15 e os 23 anos.

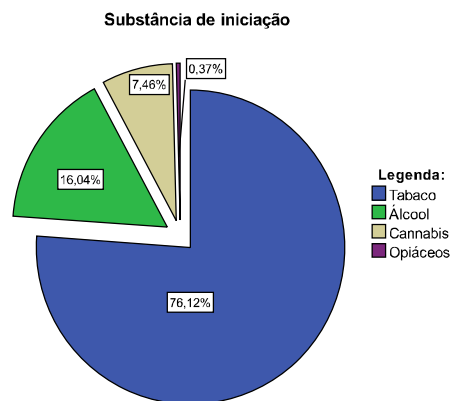


Gráfico 7 – Substância de iniciação

Quanto à substância utilizada para começo dos consumos, podemos constatar que na sua grande maioria, 204 utentes (76,1%), utilizam o tabaco como substância de consumo inicial. Podemos verificar que o álcool também é usualmente utilizado para início dos consumos em 43 utentes (16%).

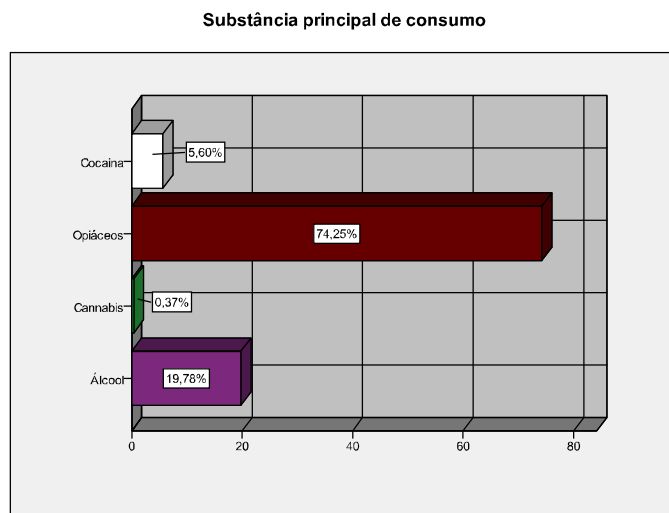


Gráfico 8 – Substância principal de consumo

Através do gráfico anterior podemos constatar que a substância principal de consumo, aquando da admissão são os opiáceos, em 199 utentes (74,3%), seguida do álcool em 53 utentes (19,8%). Estes dados devem-se principalmente a ser uma unidade de desabitação e os consumidores de opiáceos têm necessidade de um maior acompanhamento na abstinência aguda.

3.3. Taxa de factores de risco na transmissão de doenças infecciosas

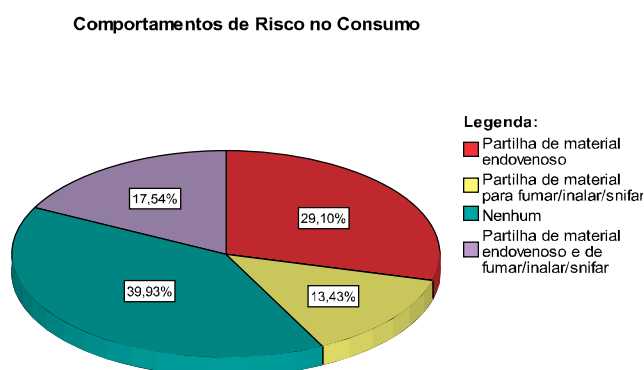


Gráfico 9 – Comportamentos de risco no consumo

Através da análise do gráfico podemos constatar que existe uma grande percentagem de utentes que durante o consumo referem não apresentar comportamentos de risco 107 utentes

(39,9%). Contudo, 78 dos utentes (29,1%) partilham material endovenoso e 47 utentes (17,5%), referem partilhar todo o tipo de material para consumo.

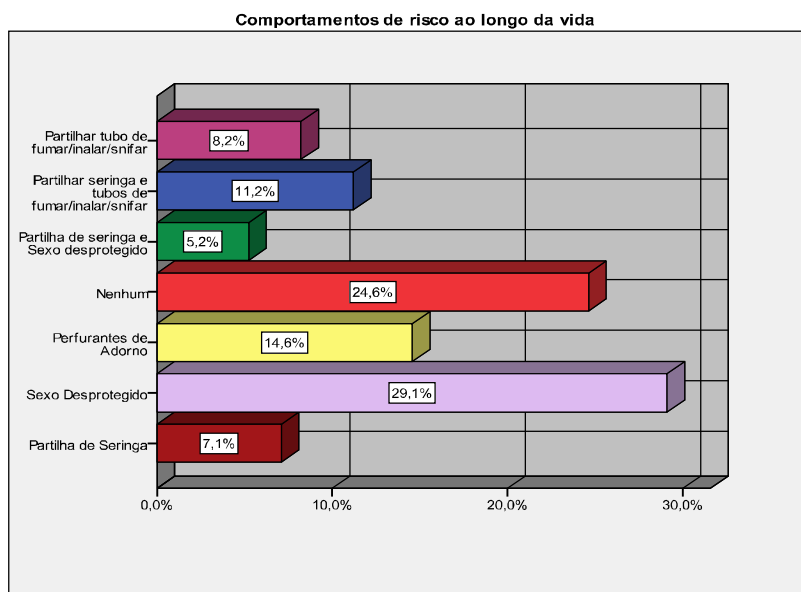


Gráfico 10 – Comportamentos de risco ao longo da vida

A partir do gráfico 10 podemos observar que o comportamento de risco mais comum nos utentes é o sexo desprotegido com parceiro ocasional que se verifica em 78 utentes (29,1%). Podemos ainda verificar que 66 utentes (24,65) referem não ter qualquer comportamento de risco ao longo da vida para doenças infecciosas.

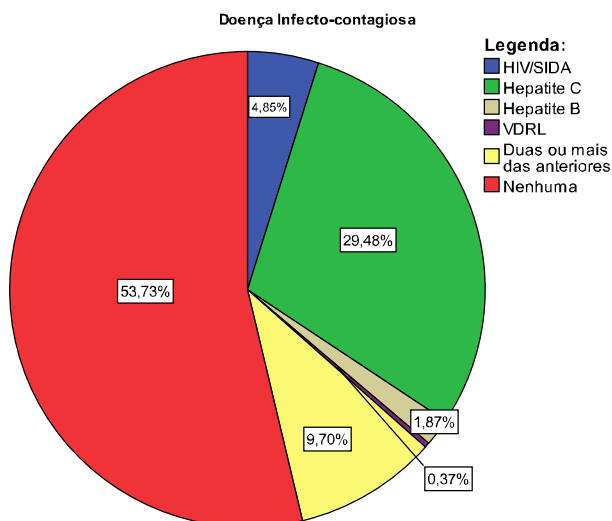


Gráfico 11 – Doenças Infecto-contagiosas

Da análise do gráfico anterior podemos verificar que a Hepatite C é a doença Infecto-contagiosa que mais se verifica nos utentes em análise, em 29,5% (79 utentes). Constatamos ainda que 53,7% (144) dos utentes não possui qualquer doença infecto-contagiosa.

3.4. Taxa de co-morbilidade psiquiátrica associada aos consumos

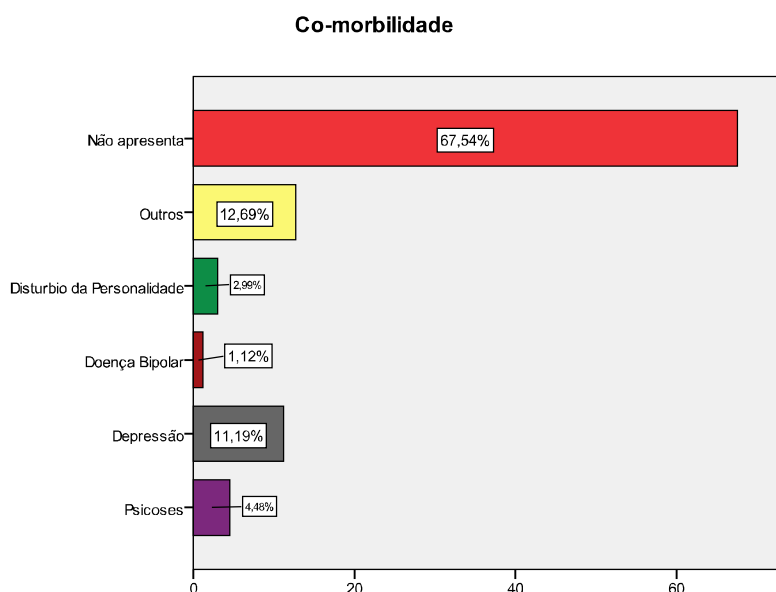


Gráfico 12 – Co-morbilidade Psiquiátrica associada aos consumos

No que se refere à co-morbilidade psiquiátrica podemos verificar que 67,5% (181 utentes), não apresenta qualquer patologia psiquiátrica associada aos consumos. Verificamos ainda que é relativamente comum o policonsumo de álcool associado à dependência de opiáceos em 34 utentes (12,7%). A depressão surge como a patologia psiquiátrica mais observada de entre os utentes avaliados, verificando-se em 30 utentes (11,2%).

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após análise dos gráficos anteriores, podemos verificar que a idade de iniciação em consumo de substâncias é bastante precoce até aos 15 anos, sendo na sua maioria inferior aos 20 anos de idade.

Tal como referem Angel, Richard e Valleur (2002:45), *“uma diminuição regular do alcoolismo no decorrer da década de 1990, deve ser temperada pelo aumento de certas formas de consumo nos jovens: em 1995, 65% dos 12-18 anos eram consumidores regulares ou ocasionais (tanto raparigas como rapazes), e segundo um modo descontínuo e intenso alcoolismo de fim-de-semana...os dados cifrados demonstram portanto uma grande diferença entre o consumo de massa (tipo álcool e tabaco) e as preocupações dos clínicos em relação aos modos muito patológicos de consumo de dependências de heroína, cocaína, etc., que são quantitativamente minoritários”*.

A substância de adição inicial que se verificou na maioria dos casos é lícita, o tabaco. Contudo a substância que motiva a maioria dos internamentos são os opiáceos.

Segundo Borges & Filho (2004:66), *“assim verifica-se que na Europa, Ásia e na Austrália (Oceânia), as principais necessidades de tratamento resultam, maioritariamente (+ de 60% dos casos), do consumo de opiáceos, embora estes não sejam em qualquer destas regiões a droga mais consumida e os consumidores sejam apenas cerca de 0,5% da população maior do que 15 anos”*.

No que respeita ao género dos utentes podemos verificar que a esmagadora maioria, são do sexo masculino. Segundo Angel, Richard e Valleur (2002:46), *“os toxicómanos são na sua grande maioria homens: nas instituições de cuidados, cerca de três quartos dos consultantes são homens e só um quarto mulheres...a média de idades dos consultantes em centros especializados é de cerca 30 anos, enquanto os primeiros consumos de drogas ilícitas (sobretudo canabinóides) tiveram lugar na adolescência”*. Estes dados corroboram os obtidos durante o estudo.

Quanto à co-morbilidade, podemos constatar ser a depressão a mais frequente. Segundo Lowenstein *et.al.* (1998:49), *“a depressão é extremamente frequente e em certos indivíduos é indissociável do consumo de drogas. As perturbações da personalidade coexistem frequentemente com a passagem a actos impulsivos em certos consumidores de opiáceos. Finalmente, se desprezarmos os frequentes acessos delirantes agudos, a toxicomania pode esconder uma psicose dissociada em evolução”*.

Os dados obtidos e a bibliografia consultada, aproximam-se relativamente ao conteúdo.

5. CONCLUSÕES

Este trabalho serviu-nos para reflectir e analisar sobre a problemática da toxicodependência nos utentes internados na unidade de desabilitação da Casa de Saúde do Bom Jesus – Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, no decorrer do ano 2010.

Relativamente aos resultados constatados, verificamos uma iniciação muito precoce do consumo de substâncias de adição, detectando a necessidade de uma intervenção precoce na população adolescente. Apesar dos consumos se iniciarem maioritariamente por substâncias lícitas (tabaco), o motivo do internamento é maioritariamente por substâncias ilícitas (opiáceos).

A co-morbilidade é um factor importante, pois na bibliografia podemos encontrar uma grande associação da depressão ao consumo de substâncias.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGEL, P. *et al.* – *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores. 2002. ISBN: 972-796-023-5;

BORGES, Carina Ferreira & FILHO, Hilson Cunha – *Alcoolismo e Toxicodependências: Usos, Abusos e Dependências*. Lisboa: Climepsi Editores. 2004. ISBN: 972-796-150-9;

LOWENSTEIN, L. *et. al.* – *A metadona e o tratamentos de substituição*. Lisboa: Climepsi Editores. 1998. ISBN: 972-8449-04-6;

MOREL, Alain *et al.* – *Cuidados ao toxicodependente*. Lisboa: Climepsi Editores. 1998. ISBN: 972-8449-15-1;

Poster para participação no Congresso SPESM:

Projeto apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) - 04/04783-0
 Projeto apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - 301301/2008-0
 Trabalho apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - 301301/2008-0
 Trabalho apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - 301301/2008-0
 Trabalho apoiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - 301301/2008-0



Caracterização dos utentes de uma unidade de desabitação de drogas

Resumo:

Por razões epidemiológicas, políticas, económicas e sociais, o consumo de substâncias psicoactivas tornou-se o foco de atenção mundial dada a dimensão que o seu impacto adquiriu na sociedade actual. Estima-se que 200 milhões de pessoas no mundo consumam alguma droga ilícita, 1,1 mil milhões fumem cigarros e cerca de 2 mil milhões consumam bebidas alcoólicas. A cannabis é a droga ilícita de escolha em muitos países do mundo, e a disseminação do uso injectável de drogas desencadeou epidemias de HIV/SIDA em várias regiões do globo (Borges & Filho, 2004).

Deste modo, e no campo da Saúde Mental, certamente o tratamento das dependências químicas representam um grande desafio, para todos os profissionais de saúde que trabalham nesta área, pois para além de ser um problema de saúde pública, tem de ser visto na sua globalidade e não apenas como o consumo de uma ou outra droga em particular.

Assim, com este trabalho pretendemos fazer uma breve caracterização da população com dependências, que realizou tratamento na Unidade de Desabitação de São Luís, durante o ano de 2010, através do levantamento de dados de questionários aplicados, pela equipa multidisciplinar, aquando da admissão dos utentes.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada para a realização deste trabalho foi a revisão bibliográfica, seguida do tratamento estatístico e análise de resultados dos dados recolhidos aquando da admissão dos utentes na Unidade São Luís, no decorrer do ano 2010.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os gráficos a seguir apresentados são relativos aos 258 utentes que estiveram internados na Casa de Saúde do Bom Jesus – Unidade São Luís no ano 2010.

Palavras chave:
 Dependência; Droga; Saúde Mental; Caracterização





Gráfico 7 – Localidade de origem



Gráfico 10 – Comorbências de eixo I segundo eixo II



Gráfico 8 – Substância principal de consumo



Gráfico 11 – Consumo ilícito e opiáceos



Gráfico 9 – Comorbências de eixo II segundo eixo I



Gráfico 12 – Co-morbidade da Psicologia associada aos consumos

CONCLUSÕES

Este trabalho serviu-nos para reflectir e analisar sobre a problemática da toxicod dependência nos utentes internados na unidade de desabitação da Casa de Saúde do Bom Jesus – Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, no decorrer do ano 2010.

Relativamente aos resultados constatados, verificamos uma iniciação muito precoce do consumo de substâncias de adição, detectando a necessidade de uma intervenção precoce na população adolescente. Apesar dos consumos se iniciarem maioritariamente por substâncias lícitas (tabaco), o motivo do internamento é maioritariamente por substâncias ilícitas (opiáceos).

A co-morbidade é um factor importante, pois na bibliografia podemos encontrar uma grande associação da depressão ao consumo de substâncias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGEL, P. et al – Toxicomania. Lisboa: Clípeps Editores.2002. ISBN: 972-755-023-5;
 BORGES, Carina Fátima & FILHO, Hilson Cunha – Alcoolismo e Toxicod dependências: Usos, Abusus e Dependências. Lisboa: Clípeps Editores. 2004. ISBN: 972-755-150-9;
 LOWENSTEIN, L. et. al. – A medicação e o tratamento de adicção. Lisboa: Clípeps Editores. 1996. ISBN: 972-8449-04-8;
 MOREL, Aixin et al. – Cuidados ao toxicod dependente. Lisboa: Clípeps Editores. 1995. ISBN: 972-8449-15-1;
 Instituto da Droga e Toxicod dependência acedido a 10 de Janeiro 2009 <http://www.id.pt/PT/Prevencao/Paginas/Perpectivas.aspx>



Gráfico 1 – Sexo dos utentes por eixo I segundo eixo II



Gráfico 4 – Motivo de internamento



Gráfico 2 – Estado de consciência dos utentes



Gráfico 5 – Objectiva de internamento



Gráfico 3 – Sexo dos utentes



Gráfico 6 – Estado de risco dos consumos

ANEXO V – Proposta de Regulamento Interno da Unidade de Desabilitação de S. Luís



Irmãs Hospitaleiras
Casa de Saúde do Bom Jesus

REGULAMENTO INTERNO

**UNIDADE DE DESABITUAÇÃO DE TOXICODEPENDENTES E/OU
COMORBILIDADE PSIQUIÁTRICA**

UNIDADE DE S. LUÍS GONZAGA

A Unidade de Desabilitação de São Luís está inserida na Casa de Saúde do Bom Jesus (CSBJ), que por sua vez faz parte do Instituto das Irmãs Hospitaleiras. Esta Unidade destina-se a utentes de ambos os sexos que necessitem de tratamento de desintoxicação de substância(s) de abuso. O presente regulamento é dirigido a todos os Técnicos da Unidade, e serve de orientação para o internamento de utentes na Unidade.

Casa de Saúde do Bom Jesus
Rua Dr. António Alves Palha, nº2
4705-308 Nogueiró – Braga
Telefone: 253 203 000 / Fax: 253 203 009

Novembro de 2011

INTRODUÇÃO:

A Unidade de S. Luís Gonzaga (anteriormente conhecida por Unidade de Tratamento de Toxicodependentes), nasceu em 15 de Outubro de 1992, destinada a atender utentes de ambos os sexos que necessitem de tratamento de desintoxicação de substâncias de abuso lícitas ou ilícitas, ou descontinuação de agonistas opiáceos. Poderão também ser internados toxicodependentes para iniciar, manter ou ajustar dose de Metadona ou Buprenorfina e parar consumos de outras drogas e/ou para compensação de patologia psiquiátrica.

Os utentes são propostos para a Unidade, pelos terapeutas das Unidades/Equipas de Tratamento (ET) do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) I.P., tendo sido estabelecida uma convenção entre este Instituto e o Instituto das Irmãs Hospitaleiras – Casa de Saúde do Bom Jesus, para a desabilitação de toxicodependentes, com a lotação máxima de 10 camas.

A Unidade reserva ainda uma cama para a admissão de um utente para internamento Particular, tendo para isso que consultar um Clínico Geral ou outro, que terá de elaborar uma informação clínica sobre o historial de consumos do utente e requerer a realização dos Exames Auxiliares de Diagnóstico necessários à sua entrada na Unidade (Ver Anexo I).

A Unidade possui uma equipa multidisciplinar constituída por Psiquiatras, Clínico Geral, Enfermeiros, Assistente Social, Psicóloga, Animadora Social, Professor de Educação Física, Pastoral da Saúde e Auxiliares.

Regras para orientar um doente para a Unidade de Desabilitação de São Luís Gonzaga:

1. O internamento neste Serviço é voluntário e deve ser integrado no projecto terapêutico do toxicodependente. Será, portanto, uma das etapas do longo percurso terapêutico;
2. É fundamental que o terapeuta da equipa de tratamento do CRI/ET faça uma preparação prévia do utente e assegure a continuidade de tratamento após a alta da Unidade;
3. Não poderão ser internados simultaneamente familiares ou pessoas com laços afectivos significativos;
4. A duração prevista para o internamento é variável, conforme o seu motivo:
 - até ao máximo 10 dias se tratar-se de uma mera desabilitação de toxicodependentes;
 - até 14 dias se se tratar de utente em programa de substituição opiácea, nomeadamente com Cloridrato de Metadona ou Buprenorfina;
 - até 21 dias se o tratamento for de toxicodependente portador de doença mental grave (CID 10 da OMS – F01 a F09 e F20 a F50);
5. O internamento efectua-se em regime de porta fechada. Os utentes não podem receber visitas, realizar ou receber telefonemas nem enviar ou receber correspondência, nos 8

- primeiros dias de internamento. Decorrido este período de 8 dias poderá receber visitas, realizar e receber telefonemas e enviar ou receber correspondência, após autorização do médico Psiquiatra e com a concordância e gestão da equipa de Enfermagem. A equipa de Enfermagem compromete-se a dar informações sobre a evolução do tratamento, se o doente o permitir e a família o solicitar;
6. O doente deverá aceitar ser completamente revistado à entrada e à saída do internamento e sempre que a equipa de Enfermagem o julgue necessário.
 7. O incumprimento sucessivo das normas será motivo de alta disciplinar e o doente não poderá ser reinternado sem o consentimento do Coordenador da Unidade e do Enfermeiro Chefe;
 8. O doente pode pedir alta a qualquer momento, assinando um “Termo de responsabilidade”. Esta decisão sendo contrária ao parecer médico, impede o reinternamento durante um período de 6 meses;
 9. O reinternamento por recaída do doente só poderá ocorrer passado um período mínimo de 3 meses, após a alta clínica;
 10. O Terapeuta de referência deverá elaborar a Proposta de Admissão do utente que enviará para a CSBJ acompanhada dos Exames Auxiliares de Diagnóstico necessários (Anexo I) e do Contrato terapêutico;
 11. Caso existam patologias orgânicas associadas é indispensável o acesso à informação clínica do médico que o acompanha. Estas informações são importantes para que os tratamentos instituídos no internamento sejam efectuados com segurança, sem colocar em risco a saúde dos utentes. O utente deverá ser informado que terá de trazer consigo a medicação e o respectivo esquema posológico que esteja a tomar, no domicílio;
 12. Todos os internamentos são programados após a recepção e aprovação da Proposta de Admissão do utente, por parte do serviço de Admissões da CSBJ, sendo a data e hora combinadas com o utente ou com terceira pessoa indicada por ele.

Regras para a admissão do utente na Unidade de Desabituação de S. Luís Gonzaga

1. Para uma evolução mais favorável do tratamento, é aconselhável a integração do(s) familiar(es) aquando da admissão dos doentes e no momento da alta. Os utentes menores de idade devem obrigatoriamente ser acompanhados pelo familiar responsável ou tutor, para autorizarem o internamento;
2. Os utentes e/ou os seus familiares ou outros, deverão deixar aquando da admissão uma quantia em dinheiro, que seja suficiente para os gastos pessoais (cafetaria, tabaco);

3. Assinará uma Declaração de Consentimento Informado, no decorrer da consulta com a Assistente Social da CSBJ, em que será informado das regras da Unidade e as consequências do seu incumprimento;
4. À chegada à Unidade, deverá entregar as roupas e artigos pessoais para que sejam revistados e descritos num inventário que será conferido e assinado pelo utente e pelo Enfermeiro ou Auxiliar que realizar a revista. Os artigos de valor, ou os que constituam risco para o próprio ou para terceiros serão entregues e ficarão à guarda da Equipa de Enfermagem da Unidade;
5. A Unidade só se responsabiliza pela roupa e/ou artigos que fiquem à sua guarda;
6. Deverá entregar a medicação que eventualmente tenha prescrita e esteja a tomar e o respectivo esquema posológico;
7. O utente deverá ter assegurado o transporte de regresso ao seu domicílio ou outro acordado, antes da sua admissão na Unidade, sendo a data/hora da alta comunicada pela equipa de Enfermagem ao familiar de referência ou outro, em tempo útil.

No dia-a-dia o utente na Unidade de Desabilitação de São Luís Gonzaga deverá:

1. Permanecer no quarto entre as 23 e as 7:30 horas e, se o desejarem, durante a hora da sesta (13 às 14h). Deverão ainda permanecer nos quartos os utentes que estejam com soroterapia em curso ou quando não reúnam condições físicas ou psíquicas para participarem nas actividades do dia-a-dia da Unidade;
2. Colaborar nas actividades de vida diária da Unidade de Desabilitação, como arrumar o quarto e cuidar da higiene pessoal;
3. Cumprir os horários estabelecidos e participar nas actividades terapêuticas que lhe sejam propostas;
4. Respeitar os técnicos, ou outros utentes e preservar o estado de conservação e higiene das instalações e equipamentos da Unidade;
5. Tomar toda a medicação prescrita na presença do Enfermeiro de serviço e no momento em que lhe será administrada;
6. Se for fumador, só poderá fumar nos espaços devidamente autorizados;
7. Deverá aceitar as orientações e indicações da Equipa Técnica da Unidade.
8. **É expressamente proibido:**
 - A posse, consumo ou tráfico de qualquer droga, bem como de bebidas alcoólicas, ou qualquer fármaco não prescrito pelo médico assistente.
 - Introduzir alimentos ou bebidas no interior da Unidade e levar alimentos das refeições para os quartos, por razões de higiene e segurança alimentar;
 - Conduta violenta ou agressiva, verbal ou física, nem ter atitudes indecorosas para com outros utentes ou para com funcionários;
 - Causar estragos nas instalações e equipamentos;

- Ter práticas sexuais de qualquer natureza, ou qualquer gesto de intimidade, na forma tentada ou conseguida;
- Trocar, transaccionar ou oferecer qualquer artigo pessoal (roupa, produtos de higiene, tabaco, etc.), bem como cometer furto;
- Entrar nos quartos de outros utentes, assim como aceder a áreas técnicas ou de serviços, ou de acesso condicionado sem o acompanhamento de um técnico;
- Usar as instalações sanitárias em simultâneo;
- Realizar qualquer alteração da sua imagem corporal, excepto por motivos de higiene ou saúde pública e com a aprovação da Equipa Técnica.
- Dormir nas salas de estar.

A Alta do utente:

1. A alta clínica fica marcada sempre que possível, aquando da 1ª consulta com o Médico Psiquiatra, de acordo com a duração prevista para cada tipo de internamento, salvo se não houver intercorrências de ordem clínica;
2. Em caso de alta não programada, o familiar ou outro será de imediato avisado;
3. A alta disciplinar terá lugar quando houver violação das normas e será uma decisão do Enfermeiro que estiver de serviço, comunicando de imediato o ocorrido ao Enfermeiro Chefe;
4. Qualquer que seja o tipo de alta, será elaborada e enviada uma nota de alta/informação clínica de retorno para o CRI/ET respectivo, dirigido ao Terapeuta de Referência.

Dez princípios básicos da Desabilitação na Unidade de São Luís:

- 1- Assegurar um serviço de qualidade baseado em princípios credíveis de acordo com a evolução técnico/científica e servido por profissionais qualificados no tratamento das patologias aditivas;
- 2- Articular com os outros serviços envolvidos no projecto terapêutico no sentido de assegurar ao doente informação sobre as normas e regras de funcionamento na unidade de desabilitação bem como dos requisitos necessários à sua admissão;
- 3- Partilhar com o doente a responsabilidade pela opção de tratamento, vincando bem os objectivos terapêuticos;
- 4- Explicação detalhada do programa terapêutico, incluindo os procedimentos farmacológicos para evitar os sintomas da abstinência, no sentido de receber o consentimento informado do doente;
- 5- Proceder em conformidade com o projecto terapêutico do doente assumindo o princípio integrador da desabilitação física como uma fase de um tratamento de duração prolongada;

- 6- Assumir o devido respeito pela singularidade de cada doente colocando ao seu dispor todos os recursos disponíveis de acordo com as suas necessidades;
- 7- Efectuar uma exaustiva avaliação física, incluindo exames complementares de diagnóstico, psicológica e sócio-familiar do doente, para melhor adequação do programa terapêutico;
- 8- Propiciar, durante o internamento, um ambiente seguro e de conforto, uma comunicação e contacto fácil, para que o doente se sinta estável e apoiado na instituição;
- 9- Acompanhar com rigor, durante o internamento, os níveis de adesão do doente ao processo terapêutico;
- 10- Concertar com o doente o envolvimento de familiares, e/ou outras pessoas significativas, no seu tratamento, nomeadamente no acompanhamento á entrada e saída do internamento.

Nota: Poderá haver actualizações deste Regulamento Interno sempre que tal se revelar necessário.

Exames Auxiliares de Diagnóstico para a Admissão na Unidade

EXAMES:

- Análises clínicas:

- Hemograma
- VDRL
- Ureia
- Creatinina
- Glicose

- Urina tipo 2
- Função Hepática
- Marcadores Viricos
- HIV₁ +HIV₂

- Micro ou RX pulmonar com relatório.
- Boletim de Vacinas

NOTA: - *Consideram-se válidos exames com menos de 2 meses*

**ANEXO VI – Sessão
formativa sobre “Boas
Práticas de
Enfermagem em
situações de Violência”**

PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

Formador: Sérgio Nogueira (Aluno do Curso De Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP)

Local: CSBJ – Unidade de Desabilitação São Luis Gonzaga

1. Título da Intervenção: Boas Práticas de Enfermagem em Situações de Violência			2. Nº de Sessões: 1	
3. Data: 16 de Novembro de 2011	4. Local: Sala actividades da Unidade de São Luis	5. Hora de Início: 17:00	6. Tempo duração: 40 minutos	
7. Destinatários: Equipa de Enfermagem e auxiliares de enfermaria da unidade			8. Nº de Participantes: 8	
<p>9. Fundamentação: A violência dirigida aos profissionais de saúde no local de trabalho surge-nos como um problema muito frequente não só em Portugal como em todo o Mundo. Ferrinho et al. (2003) efectuaram um conjunto de estudos de caso que revelaram que num hospital distrital português em 2001, 37% dos profissionais de saúde tinham sofrido pelo menos um episódio de violência nos 12 meses anteriores ao estudo. Em contexto psiquiátrico, a prevalência de comportamentos agressivos ainda é considerada elevada, principalmente em unidades psiquiátricas de curta duração. Estudos epidemiológicos mostram que o abuso de substâncias é o principal factor de risco para a ocorrência de ofensa grave. Porém, estes dados são verdadeiros tanto para os indivíduos com doença mental como para aqueles que não sofrem de qualquer tipo de enfermidade psiquiátrica. As pessoas que sofrem de doença mental sem abuso de substâncias apresentam um risco de ofensas violentas três vezes superior ao da população normal. Nos portadores de doença mental e co-morbidade com abuso de substâncias, o risco triplica (Johns, 1997).</p>				
<p>10. Objectivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover uma reflexão sobre a prática nos casos de violência; - Sensibilizar para a problemática da violência em instituições de SMP; - Normalizar procedimentos de Enfermagem em questões de violência e na aplicação de medidas de contenção. 		<p>11. Objectivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normalizar atitudes e comportamentos dos Enfermeiros e auxiliares de Enfermaria perante situações de agressividade e violência; - Uniformizar critérios de actuação face à aplicação de contenção física e mecânica; - Minimizar riscos para o utente. - Mostrar a importância da formação para uma melhor identificação de situações de risco. 		

1

<p>12. Conteúdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdução: (5 minutos): - Apresentação; - Fundamentação do tema; - Definição de objectivos da formação; 			<p>• Desenvolvimento: (20 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de conceitos ligados ao tema; - Violência no local de trabalho; - Violência contra os profissionais de saúde; - Classificação dos tipos de violência mais comuns em SMP; - Reconhecer a eminência de agressividade/violência; - Relação entre doença mental, agressão e violência; - Práticas relevantes numa primeira abordagem ao doente psiquiátrico; - Práticas relevantes em situações potenciadoras de violência; - Boas Práticas em situações de violência; - Motivos de imobilização; - Desenvolvimento do procedimento – Contenção - Recomendações a ter em conta aquando da contenção. 			<p>• Conclusão: (15 minutos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Resumo Global - Clarificação de dúvidas/Debate de ideias - Avaliação da Formação - Encerramento 		
<p>13. Recursos/Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de Formação; - Data show e computador; 		<p>14. Metodologias de Formação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expositivo; - Interactivo; - Utilização de meios Audiovisuais. 						
<p>15. Tipo de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de um Questionário de Avaliação da acção de formação à Equipa de Enfermagem e às Auxiliares de Enfermaria, no final da sessão. 								
<p>16. Referências Bibliográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - JOHNS, A. - Substance misuse: a primary risk and a major problem of co-morbidity. <i>International Review of Psychiatry</i>, 9: 1997; - FERRINHO, P. et al. - Patterns of perceptions of workplace violence in the Portuguese health care sector. <i>Human Resources for Health</i>, Nov. 7; 1. 2003; - ROSA, Amorim G. S. - <i>Violência em Contexto Psiquiátrico</i>. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental. Porto: Faculdade de Medicina do Porto. 2008. Consultado em 8 de Outubro de 2011. Disponível em URL: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22450/3/Dissertao%20PDF.pdf; 								

2



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

INSTITUTO CATÓLICO DE SAÚDE

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

**Boas Práticas de Enfermagem, em situações
 de violência/agressividade em Saúde Mental
 e Psiquiátrica**


Autor: Enf.º Sérgio Nogueira



Braga, Novembro de 2011


O cuidar é entendido e reconhecido actualmente como principal objectivo ou essência de Enfermagem.

"Cuidar, é um acto consciente de amar, de ajuda; é educar para a liberdade, auxiliar nas horas em que o sujeito necessita para voltar a caminhar sozinho, é respeitado pela individualidade como ser único e ser do mundo, que tem uma história e que faz a sua história colocando os seus conhecimentos, a sua arte ao serviço de quem dele necessita."
(MALDON, 2001)



Segundo, D'Ansemb "Cuidar é ajudar o outro a viver a que ele tem que viver! (...) Mergulhar no seu sofrimento para dele se poder libertar, com consciência de que esse caminho, só ao outro pertence e que ninguém o pode percorrer no seu lugar".

Saúde Mental



"...a Saúde mental é um estado de boa adaptação, com uma sensação subjectiva de bem-estar, prazer de viver e uma sensação de que o indivíduo está a exercer os seus talentos e aptidões" (Caplin, 1989).


"A saúde mental deixou de ser a ausência de doença, problemas mentais e psíquicos, mas sim a percepção e consciência dos mesmos, e a possibilidade pessoal e/ou colectiva de os solucionar, de os modificar, de interferir sobre eles" (Uribe, 1994).

Boas práticas de Enfermagem

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, este conceito diz respeito à "satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida diária, assim como à adaptação a múltiplos factores, através de processos de aprendizagem da pessoa."




Psicopatologia



Segundo, Barlow & Durand pode definir-se psicopatologia como "a área do conhecimento que se interessa pelo estudo da natureza dos distúrbios psicológicos."

Comportamento "Anormal"



Segundo Holmes (1997) "Comportamento anormal é o comportamento que é pessoalmente angustiante ou pessoalmente incapacitante ou é culturalmente tão afastado da norma que outros indivíduos o julgam como inapropriado ou mal-dapetativo" é portanto um reflexo da doença mental.

Cuidado ao ser humano emocionalmente doente



A incidência das doenças mentais está em plena ascensão, devido a factores como as pressões económicas, as mudanças nos valores morais e, a um aumento dos crimes violentos que resultam e contribuem para um estilo de vida carregado de tensões, em que os indivíduos e famílias devem adaptar-se.

Segundo Daly/Harrington (1978), toda a doença mental e a sua sintomatologia, desenvolve-se a partir das interações da personalidade da pessoa com uma ou mais tensões.

Caplan (1980), refere que o factor essencial que influi na ocorrência de uma crise é um desequilíbrio entre a dificuldade e a importância do problema, e as possibilidades que um indivíduo possui no momento para resolvê-lo.

Cuidados Humanizados

O "cuidar humanitariamente" envolve o respeito pelo outro, pelo seu pensar, sentir, julgar, decidir, pelas suas próprias atitudes a partir da sua vontade e auto-determinação. Se este vínculo não for mantido, o cuidado ao próximo permanecerá desumano.

Portanto, humanizar não é classificar o outro, é possibilitar que o mesmo seja ouvido e compreendido.



Violência/Agressividade



É "todo o uso intencional de força física ou de poder, real ou ameaça, contra a própria pessoa, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que pode resultar em, ou ter alta probabilidade de resultar em morte, lesão, danos psicológicos, alteração de desenvolvimento ou de privação".

Organização Mundial de Saúde

Segundo o Relatório Mundial da OMS sobre Violência e Saúde, na população em geral, (2002), por ano e em todo o mundo, mais de 1,6 milhões de pessoas são vítimas mortais de violência, sendo que este é uma das principais causas de morte nas pessoas com idades compreendidas entre os 15-44 anos e é responsável por 14% das mortes entre os homens e 7% entre as mulheres.



Violência no local de trabalho

De acordo com a DGS,

"o conceito de violência no local de trabalho reflecte os incidentes onde o profissional é vítima de ameaça, abuso ou agressão no exercício da sua actividade profissional, incluindo deslocações para o trabalho, que comprometem, explicita ou implicitamente, a sua segurança, bem-estar ou saúde. Pelo que a violência resulta de um contacto entre uma ou mais pessoas, intencional ou involuntária, efectiva ou não, estando, assim, implícito a percepção individual de agressor e do agredido".

De acordo com um relatório europeu de violência no trabalho, esta afecta 5% a 20% dos trabalhadores europeus, verificando-se, ainda, pouco reconhecimento do problema da violência no local de trabalho (Miczarek, 2010).

Violência contra profissionais de saúde



A área da saúde é reconhecida, a nível nacional e internacional, como bastante vulnerável no domínio da violência/agressividade no local de trabalho, principalmente nas áreas onde os profissionais estão em contacto directo com o público e com casos de elevada ansiedade e stress.

A DGS (2011) destaca que a violência contra profissionais de saúde é considerada um problema de saúde pública pela própria Organização Mundial de Saúde.

Ferrinho et al. (2003) efectuaram um conjunto de estudos de caso que revelaram que num hospital distrital português em 2001, 37% dos profissionais de saúde tinham sofrido pelo menos um episódio de violência nos 12 meses anteriores ao estudo. De todos os profissionais de saúde, os enfermeiros são as principais vítimas.

Violência contra profissionais de saúde (cont.)

- A injúria e a violência física são as principais agressões de que os profissionais de saúde são alvo e os Enfermeiros são os principais atingidos, representando mais de 70% dos casos reportados.
- Num relatório da DGS (2011), sobre os episódios de violência contra os profissionais de saúde, baseado nos dados de formulários preenchidos online durante 2010 no site deste organismo. De acordo com o documento, das 79 quebras de violência reportadas em 2010, em 45 delas foram referidas injúrias, em 32 violência física, em 28 discriminação ou ameaça, em 27 calúnia, em 26 difamação e em 18 pressão moral.
- "A evolução do número de episódios de violência foi crescente até 2009, tendo diminuído no ano de 2010, (...) sendo de salientar o crescimento progressivo da violência física, respectivamente 13% em 2008, 17% em 2009 e 18% em 2010"

(DGS, 2011)

Violência contra profissionais de saúde (cont.)

No que diz respeito a classes profissionais, do total de 79 queixas, 56 foram feitas por enfermeiros, 16 por médicos, cinco por auxiliares de acção médica e duas por administrativos. Mais de 68% das vítimas foram mulheres, sendo que tanto no sexo masculino como no sexo feminino o grupo etário mais afectado situa-se entre os 30 e os 39 anos, seguido do grupo dos 40 aos 49 anos. A região de Lisboa e Vale do Tejo é a mais afectada, seguida de perto pelo Norte do país.

No que se refere à distribuição das vítimas pelas diferentes instituições de saúde, registou-se maior número de episódios de violência nos hospitais (50), comparativamente com os verificados nos centros de saúde (14). Ao nível hospitalar, o registo de ocorrência de episódios de violência nos profissionais de saúde tem a sua maior expressão nos serviços de internamento de psiquiatria (22), seguido dos serviços de urgência (15), e dos serviços médicos de adultos (5)

(DGS, 2011)

Violência contra profissionais de saúde (cont.)

A DGS (2011) salvaguarda que a diminuição do número de casos relatados tanto se pode dever:

- a medidas que melhoraram a qualidade dos serviços;
- a uma redução do relato de casos;
- a redução da adesão ao registo online, por

funcionamento intermitente do microsite do Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho da DGS.

- a noção que os profissionais têm de que a violência é algo que faz parte da sua profissão”.

Classificação dos Tipos de Violência em SMP



Violência Física: uso de força física contra outra pessoa ou grupo. Se um Enfermeiro é perturbado por um doente, com uma lesão cerebral adquirida, o acto do doente é um acto de violência física, embora este não tenha consciência do próprio.

Violência Psicológica: pode assumir contornos devastadores quando se transforma em assédio moral ou, conduta abusiva, evidenciada por gestos, atitudes, comportamentos ou palavras de modo sistemático e repetido, assentado contra a dignidade ou integridade física ou física de uma pessoa.



Violência verbal: forma mais individualizada de violência. Palavras grosseiras e zêz obscenas, que atentam contra a dignidade e bom nome do utente da mesma.

Poder-se-ão então prevenir os comportamentos e atitudes violentas nos quadros institucionais?

“Não terá com semelhanças de cariz moralizante nem com repetitivas ameaças punitivas e repressivas que tais comportamentos e atitudes se poderão evitar.”

(Brisola de Almeida e Sousa, 2004)

“Tratar do quadro e ambiente das instituições psiquiátricas é tão necessário como o é cuidar da assepsia em Cirurgia”.

(Torqueres, 2003).

Reconhecer a Iminência de Agressividade/Violência



Existem três tipos de factores, que nos podem ajudar a reconhecer :

- **Diagnóstico** - Por vezes ajuda a prever a violência , mas nas urgências pode faltar ou ser incerto
- **Anamnese** - Pode advertir para uma potencialidade individual (se é utente com antecedentes de violência por exemplo ,ou se tem uma evolução delirante ,etc.)
- **Comportamento** - Pode fornecer dados essenciais sobre a iminência de um acto agressivo ou violento . O utente está pouco colaborante ou nada colaborante ,resiste à hospitalização e/ou tratamentos, etc....

Relação entre Doença Mental, Agressão e Violência

Segundo Bullard (2001) citado por Rosa (2008), a relação entre doença mental, agressão e violência é complexa e a avaliação do risco é difícil e pouco precisa.

O risco depende de um conjunto de variáveis, tais como:

- o tipo de distúrbio a natureza e gravidade da doença;
- a influência de co-morbilidade com o consumo de álcool e drogas;
- a existência de antecedentes de violência e ainda, a eficácia do tratamento e a capacidade de lidar com a violência.



(Cont.)

• Tipo, natureza e severidade do distúrbio – o comportamento violento pode estar associado a qualquer das formas de distúrbio mental, sendo as mais frequentes: a Esquizofrenia; o Atraso Mental; a Doença Bipolar; e os Distúrbios de Personalidade. Contudo, estudos mais recentes realizados na última década, não encontram uma associação directa entre doença mental e risco de violência, ou encontram apenas uma associação discreta e estatisticamente não significativas.

• Abuso de substâncias – Estudos epidemiológicos mostram que o abuso de substâncias é o principal factor de risco para a ocorrência de ofensa grave. De realçar ainda que 40% dos doentes mentais sofrem de co-morbidade por abuso de substâncias. Estes dados não surpreendem pois, como sabemos, o consumo de álcool e drogas, enfraquece o auto-controlo e liberta o acto violento.

• História prévia de violência – a história prévia de violência é um factor directamente relacionado com o comportamento violento, sendo frequentemente referido como predictor de comportamento violento futuro.

Psica (2018)

Práticas relevantes numa primeira abordagem ao doente psiquiátrico

- A aceitação, é necessária para colocar de parte os estereótipos;
- Estabelecer uma relação de ajuda para haver uma relação de confiança, necessária a uma boa prática em Enfermagem;
- Abordar o doente com uma atitude generosa e amistosa;
- Estar disponível, para conversar com o doente, para ouvir o que tem a dizer acerca dos receios, alegrias ou, simplesmente para estar ao seu lado em silêncio;
- Demonstrar interesse, por tudo que diga respeito ao doente;
- Honestidade rigorosa;
- Proporcionar um ambiente calmo, seguro e tranquilo;

(Cont.)

- Respeitar o doente como nosso semelhante;
- Falar de forma simples, concreta e directa;
- Não deixar transparecer diante dos doentes reacções emocionais – medo, compaixão, repugnância, irritabilidade, preocupação;
- Não prometer nada ao doente que não sejamos capazes de cumprir;
- Transmitir firmeza mas evitando uma postura autoritária;
- Não esquecer de que, apesar da aparência normal de alguns, todos os doentes na instituição são doentes mentais;
- Manter, um espaço entre o profissional de saúde e o doente;

Práticas relevantes na abordagem a potenciais situações de violência

- Lembrar de que os internados são doentes e que não devem ser censurados pelos seus actos agressivos;
- Não privar o doente da sua liberdade, pois isso pode aumentar a sua tendência agressiva;
- Sentar-se silenciosamente com o doente, quando este se apresenta alterado;
- Descobrir as situações que o incomodam e que o levam ao comportamento agressivo;
- Evitar o confronto directo com o doente;
- Evitar retaliação quando o doente se mostra verbalmente hostil;
- Usar com precaução o toque ou o contacto físico, pois o doente pode encarar essas situações como um gesto ameaçador.

Boas práticas de Enfermagem em situações de violência

Bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas, portanto, o exercício profissional dos Enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças perseguindo-se os mais elevados níveis de satisfação dos doentes.

Os técnicos de saúde envolvidos e que intervêm, não têm que dar mostras de bravura intempestiva. Nestas situações o Enfermeiro deve assumir uma intervenção técnica, com aproximação directa e evitando passividade ou excessiva intervenção.



(Cont.)

A sua atitude deve ser compreensiva e de respeito, evitando fazer juízos morais ou mostrar atitudes hostis ou paternalistas.

O recurso à restrição física /contenção (física e ou mecânica) deve ser só efectuada em situações de excepção, devendo ser usada com humanidade e maior respeito possível.



Precauções elementares ao lidar com doente agitado:

- O pessoal de saúde deve ter acesso à porta, e esta não deve fechar por dentro;
- Não devem sentar-se de maneira a que uma cadeira bloqueie a porta;
- Utilizar uma zona para a entrevista e intervenção com pouca gente e livre de objectos que possam servir de arma de arremesso;
- Às vezes é prudente deixar a porta aberta ou entreaberta e pedir a alguém que observe em intervalos de tempo regulares;
- Deve existir um botão de pânico, para que o Enfermeiro possa avisar o resto dos elementos da equipa em caso de apuros.



(Cont.):

- O Enfermeiro deve manter a calma;
- Não olhar directamente nos olhos do doente;
- Demonstrar que se está interessado nele, a escutá-lo com atenção, explicando o que se está a tentar fazer para o ajudar, e não o culpabilizando pela sua ira;
- Estabelecer limites ao comportamento inaceitável;
- Isolar o doente do meio em que encontra, para evitar que essa agressividade se alastre a outros doentes;
- Evitar fazer perguntas que se podem responder demasiado rápida, com um "sim" ou "não";
- Auxiliá-lo, a sair do estado de agressividade em que se encontra;
- Administrar medicação prescrita em SOS;



(Cont.):

- Registar, as alterações no comportamento do doente;
- Deve-se guardar distância de pelo menos, o comprimento de um braço e evitar virar as costas para o doente;
- Se forem necessárias contenções, aplicá-las de modo seguro e não punitivo;
- Fazer reforços positivos, incrementando-lhe a auto-estima;
- Se administrar medicação psicotrópica, deve informar o doente sobre o que se pretende fazer;
- Dizer-lhe que não se pretende colocá-lo a dormir, pelo contrário, ajudá-lo a prosseguir o diálogo.



Medidas preventivas de comportamentos agressivos/violentos

O recurso à restrição física/contenção deve ser só efectuada em situações de excepção, quando o doente se toma perigoso para si próprio ou para com terceiros e, principalmente, quando necessita de cumprir procedimentos e/ou efectuar exames complementares de diagnóstico e, no caso de risco de queda.

Nunca a contenção física/mecânica deverá ser utilizada como castigo, punição, como resposta à desobediência e, demonstração de poder.

Antes da equipa técnica decidir a restrição física ou o isolamento do doente, deve ser utilizado outras alternativas, nomeadamente, a intervenção verbal.



Motivos de Imobilização

Desordem cognitiva – imobilizações usadas por situações de actividade mental associada ao pensamento, aprendizagem ou memória

Para facilitar o tratamento – imobilizações usadas em contexto de tratamento médico

Risco de Queda – imobilizações usadas para proteger ou prevenir queda

Comportamento Disruptivo - imobilizações usadas resultando de comportamentos inapropriados que possa colocar o doente ou outros em risco de lesões



Desenvolvimento do Procedimento - Contenção

1. Aspectos da Comunicação: (regras que se aplicam na entrevista inicial e em todas as situações em que contactamos com o utente agitado)

- Apresentar uma aparência calma;
- Falar baixo e de forma não provocatória;
- Evitar as críticas ou juízos de valor;
- Falar de forma simples, concreta e directa;
- Demonstrar respeito pelo utente;
- Evitar olhar para o utente de forma acusativa;
- Demonstrar que temos a situação controlada, evitando uma postura autoritária;
- Facilitar que o utente exprima o que sente / Ouvir o utente;
- Não prometer nada ao utente se não formos capazes de cumprir;
- Manter um espaço entre e o profissional de saúde e o utente.

Stuart Yeckle (2001)

2. Cuidados a ter em conta aquando da contenção

- Evitar danos físicos no doente;
- Evitar a exaustão;
- Os restantes doentes não fiquem perturbados com o incidente;
- Os profissionais de saúde não fiquem magoados;
- Os outros doentes não sejam agredidos;
- O doente se acalme rapidamente após o incidente;
- Aconselhável um quarto individual, em que os materiais sensíveis de provocarem lesões, sejam retirados;
- Não permitir que o doente se possa barricar no interior do quarto;

Beata Vitek (2011)

2. Cuidados a ter em conta aquando da contenção (cont.)

- Quando há necessidade de recorrer à contenção física, faz-lo sempre em grupo;
- Segurar o doente pelas principais articulações (ombros, quadris em vez de cotovelos);
- Utilizar só a força necessária, geralmente quando o grupo de pessoas é elevado o doente deba de "lutar";
- Evitar ameaças e não entrar em conflitos;
- Sempre que se recorre à força o doente pode magoar-se, nesta situação é conveniente haver testemunhas para salvaguardar possíveis queixas e posteriores averiguações;
- Efectuar registos detalhados sobre o incidente no processo do doente e também no registo nacional anónimo de episódios de contenção física na página web da DGS.

Beata Vitek (2011)

2.1. - Contenção Física: Cada um dos elementos presentes, deve imobilizar e conter os membros do doente fixando as articulações adequadamente. O Enfermeiro responsável deve apoiar a cabeça, é ele que transmite as informações para o doente, realçando sempre que esta técnica está a ser usada para sua segurança e não como castigo. É fundamental que os elementos envolvidos hajam com firmeza, segurança e sem medo, durante a contenção física.



2.2. Contenção Médica: o elemento que coordena, deve aplicar o material de contenção médica, enquanto os restantes elementos fixam os membros. O doente deverá ser posicionado confortavelmente em decúbito semi-lateral 30°.

Deve-se evitar o estrangulamento de vasos sanguíneos ou nervos. É fundamental, deixar em aberto a possibilidade de acessos venosos. Explicar ao doente qual o objectivo da contenção médica e para que serve, mesmo que ele não entenda.

Após a contenção física ter sido eficaz, o utente é encaminhado para o leito para ser cuidado e monitorizado.

Beata Vitek (2011)

3. Recomendações a ter em conta perante o doente

Assegurar que o médico assistente tenha conhecimento da contenção médica, a fim de tomar as devidas providências no sentido da prevenção de eventuais complicações:

Na observação pessoal directa, são recomendados intervalos entre 15-30 minutos. Deve ser vigiado e monitorizado, quanto a:

- Segurança e Conforto;
- Estado de Consciência;
- Parâmetros Vitais;
- Compromisso Neuro-vascular;
- Glicemia Capilar;
- Zonas de Pressão.

Não retirar as contenções sozinho. Devemos retirar o material de forma gradual, envolvendo o utente nesta decisão e vigiando sempre as suas respostas e comportamentos.

Beata Vitek (2011)

Considerações Finais



- O campo da saúde mental é talvez o mais enigmático do universo de intervenções em saúde, porque é o que mais evidência as alterações no processo de comunicação;
- O exercício da competência da Enfermagem, é vital, para que diante das dificuldades evidenciadas no quotidiano dos doentes, estes possam sentir-se assistidos e não solitários, pois um acompanhamento positivo destes doentes, pode influenciar o seu desenvolvimento e autonomia;
- A contenção física é uma medida de recurso na abordagem do doente em estado agressivo que a realizar, deve ser bem organizada e só o tempo estritamente necessário. Deve ser privilegiada a contenção verbal, ambiental e farmacológica. Perante esta situação, a imobilização física deve ser fruto de reflexão da equipa de saúde, tendo sempre em conta os eventuais efeitos adversos.

- É fundamental que as instituições estejam dotadas de pessoal suficiente e com competências técnicas específicas nesta área, de forma a garantir a qualidade dos cuidados, nomeadamente enfermeiros, para acompanhar com segurança os doentes. Um rácio correcto enfermeiro/doente diminuirá a probabilidade de episódios de agressividade e violência pelo doente e as agressões a "outros" incluindo aos técnicos de saúde;
- Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica poderão ter um papel relevante como formadores para uma melhor identificação de situações de risco, melhor gestão do stress e ansiedade, treino da equipa na intervenção em crise, desenvolvimento duma equipa de intervenção em crise e discussão frequente da situação dos doentes em contenção ou isolamento;
- O Enfermeiro deve conservar a assistência ao utente agressivo/ violento, a autonomia de juízo e de acção face à emotividade adjacente a estas situações;
- As boas práticas devem estar presentes de modo a respeitar a integridade física do doente e também todos os seus direitos como pessoa;
- É fundamental criar medidas para incentivar os profissionais a **denunciarem os episódios de violência de que são vítimas.**

**ANEXO VII –
Questionário de
avaliação da sessão
formativa aplicado aos
Técnicos de saúde**

Questionário de Avaliação da Acção Formativa:

Acção de Formação: _____

Data: _____

Local de Realização: _____

No final desta acção de formação é importante conhecer a sua opinião sobre a forma como decorreu, pois essa informação irá contribuir para o aperfeiçoamento de acções futuras. Por favor, assinala a resposta mais adequada a cada questão.
É garantida a confidencialidade da informação disponibilizada.

Avaliação quantitativa da sessão de formação:

E a primeira vez que houve falar deste tema? Sim Não

Por favor assinala a resposta mais adequada, utilizando uma escala de 1 a 5 pontos:

1 – Nada 2- Muito Pouco 3- Pouco 4- Suficiente 5- Bastante

1. Numa escala crescente de 1 a 5, em quanto classifica a pertinência do tema abordado, para o trabalho que realiza?

1 2 3 4 5

2. Numa escala crescente de 1 a 5, em quanto classifica a clareza do tema abordado?

1 2 3 4 5

3. Numa escala crescente de 1 a 5, em quanto classifica a adequação dos recursos materiais utilizados?

1 2 3 4 5

4. Numa escala crescente de 1 a 5, quanto gostou da apresentação?

1 2 3 4 5

MUITO OBRIGADO!

ANEXO VIII – Trabalho de Relação de Ajuda com um utente do Projecto Consentido



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

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

**Desenvolver competências de
Relação de Ajuda**

Supervisor: Professora Emília Preciosa Carvalho

Tutoria: Enf.^a Paula Palmeira

Discente: Sérgio Nogueira (nº 361610013)

Local de Estágio: CSBJ – Projecto Consentido

Braga, Janeiro de 2012

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO	159
1. DESCRIÇÃO.....	160
1.1. METODOLOGIA.....	162
1.2. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM.....	162
1.3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM.....	162
1.4. RESULTADOS.....	162
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS	164
3. BIBLIOGRAFIA.....	164

ANEXOS

ANEXO A – Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton

ANEXO B – Plano da Sessão de Relação de Ajuda

0. INTRODUÇÃO

Os cuidados de Enfermagem são caracterizados “*por estabelecerem uma relação de ajuda com o utente*”(REPE).

A relação de ajuda é um dos elementos fundamentais da prática de enfermagem. Rogers (1984) define a relação de ajuda como “*uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo.*”

Ao enfermeiro pede-se o desenvolvimento das suas capacidades profissionais, interpessoais, afectivas, intelectuais, sociais e espirituais, para que possa efectivar a relação de ajuda. A capacidade de escuta, empatia, respeito, autenticidade, clarificação e aceitação incondicional são atitudes fundamentais na relação de ajuda.

Cabe, no entanto, ao enfermeiro desenvolver as competências relacionais, emocionais e éticas na interacção com o doente, pela interiorização de atitudes de relação de ajuda.

A relação de ajuda pode ser informal ou formal. A primeira consiste num tipo de relação de ajuda, estabelecida de forma espontânea e circunstancial, sem planeamento prévio e, que tem em conta as necessidades imediatas e a adaptação à situação presente. A relação de ajuda formal é uma intervenção psicoterapêutica, planeada com o doente e implementada através da realização de várias sessões, cujo número é variável, sendo o mínimo de três. Assim, difere da relação de ajuda informal, no sentido que possui uma estrutura e fases específicas, decorrentes ao longo de entrevistas estruturadas, em horário preestabelecido e com objectivos específicos.

No universo dos utentes seguidos pelo Projecto Consentido, seleccionei um utente com Esquizofrenia e que apresenta diagnóstico de Ansiedade, para uma relação de ajuda formal, com aplicação da Escala de Ansiedade antes e após a minha intervenção de psicoterapia.

No decorrer do processo de relação de ajuda podem surgir barreiras, como o tempo, ansiedade, estilo de comunicação e preconceitos, sobre as quais o enfermeiro se deve debruçar, numa atitude reflexiva, de forma a ultrapassa-las da melhor forma.

Tendo em conta que a relação de ajuda é vocacionada para a resolução de problemas reais ou potenciais, numa perspectiva geral, a relação de ajuda tem como objectivos:

- ❖ Explicitar os problemas e dificuldades;
- ❖ Melhorar as capacidades de comunicação e interacção;
- ❖ Aumentar a auto-estima;

- ❖ Diminuir a ansiedade;
- ❖ Promover a aceitação do estado de saúde;
- ❖ Promover a expressão de sentimentos e emoções;
- ❖ Identificar potencialidades de enfrentamento da situação;
- ❖ Ultrapassar uma experiência/dificuldade/problema;
- ❖ Potenciar o enfrentar de problemas actuais;
- ❖ Orientar na busca de soluções;
- ❖ Avaliar as alternativas.

Para a preparação desta técnica, foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a temática e sobre psicoterapia, de forma a encontrar estratégias para trabalhar estes focos de atenção, consulta de processos clínicos, aplicação de instrumento de avaliação Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton (Anexo A), de forma a fazer uma avaliação do grau de ansiedade do utente e quais os meus principais focos de atenção para planear a minha intervenção. Terminada a pesquisa elaborei a esquematização de toda a sessão cujos objectivos gerais e específicos, procedimentos e recursos estão descritos no plano de sessão apresentado no Anexo B.

1. DESCRIÇÃO

A psicoterapia é uma forma de estar ao lado do utente, encontrar compreensão do seu universo, esclarecer o seu mundo, as suas dificuldades, reconhecer as suas atitudes e estratégias adoptadas e promover novos comportamentos, criando novas experiências, podendo ser realizada em grupo ou individualmente.

Na relação de ajuda o enfermeiro deve estabelecer um processo de relação interpessoal, num clima de confiança, oferecendo ao doente os meios para que este descubra ou reconheça em si as capacidades necessárias para a resolução do seu problema.

A relação de ajuda incorpora cinco fases: inicial, intermediária, terapêutica, manutenção e final.

Fase inicial: Início da relação

- ✓ Conhecer o doente e apresentar-se;
- ✓ Explicar o funcionamento das sessões;
- ✓ Especificar o papel do enfermeiro e os objectivos da relação;
- ✓ Clarificar as necessidades, as expectativas e os objectivos do doente;

- ✓ Incentivar a pessoa a descrever os seus problemas de forma objectiva por escrito ou oralmente (causas, factores precipitantes, factores associados, etc.);
- ✓ Estabelecer com o doente um contracto terapêutico;

Fase intermédia: identificação e transição

- ✓ Facilitar a exploração e expressão de sentimentos, emoções e acontecimentos de vida;
- ✓ Reflectir sobre as várias interpretações possíveis;
- ✓ Estabelecer prioridades com o doente;
- ✓ Orientar na procura de estratégias de intervenção de modo ao doente atingir os seus objectivos;

Fase terapêutica: trabalho e exploração

- ✓ Analisar as estratégias utilizados pela pessoa para resolver o problema actualmente e/ou anteriormente;
- ✓ Promover o desenvolvimento de estratégias delineadas (vantagens e desvantagens);
- ✓ Discutir o possível impacto das estratégias delineadas (vantagens e desvantagens);
- ✓ Permitir a expressão de medos, preocupações, indecisões e necessidades;
- ✓ Ajudar o doente a realizar uma introspecção, no sentido de identificar recursos internos e externos (família, amigos, apoio social, etc.), disponíveis para alcançar os objectivos propostos;

Fase de manutenção: consolidação da relação (nº sessões variáveis de acordo com as necessidades e capacidades da pessoa)

- ✓ Efectuar o treino das estratégias delineadas;
- ✓ Escolher actividades de partilha que visem responder às necessidades específicas;
- ✓ Avaliar capacidades da pessoa;
- ✓ Reforçar positivamente o doente;
- ✓ Orientar a pessoa.

Fase final: termo da relação (uma sessão)

- ✓ Encorajar a exprimir aquilo que sente relativamente ao final da relação;
- ✓ Verificar se todos os objectivos foram atingidos;
- ✓ Avaliar os resultados das sessões.

O término da relação de ajuda verifica-se quando o doente encontra alternativas para resolução do problema ou quando esta abordagem se revela

1.1. Metodologia

Duração: 40 minutos

Local: em local privado

Número de sessões: adequado a cada situação (3 sessões planeadas)

1.2. Diagnósticos de Enfermagem

Alguns dos diagnósticos de enfermagem identificados

- ❖ Coping ineficaz
- ❖ Não adesão ao regime terapêutico
- ❖ Processo familiar alterado
- ❖ Imagem corporal alterada
- ❖ Ansiedade
- ❖ Solidão
- ❖ Recaída de consumo de drogas

1.3. Intervenções de Enfermagem

- ❖ Planear/executar relação de ajuda;
- ❖ Promover a adaptação a novos estilos de vida;
- ❖ Promover modificação de comportamento;
- ❖ Escuta activa;
- ❖ Apoiar a tomada de decisão;
- ❖ Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz;
- ❖ Analisar medos e sentimentos do doente.

1.4. Resultados

Seleccionado o utente na fase inicial foi aplicada a Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton, após duas sessões de relação de ajuda de forma personalizada foi aplicado novamente a mesma escala, com resultado positivo, sendo visível na representação gráfica a evolução.

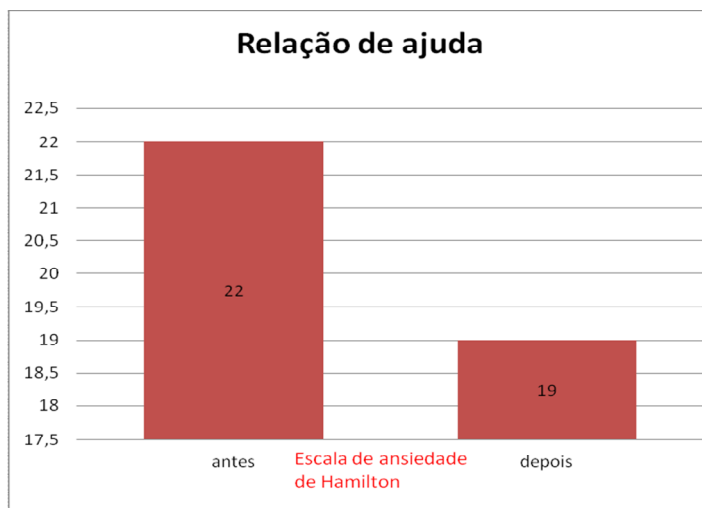


Tabela 1 – Escala de Ansiedade de Hamilton antes e após intervenção psicoterapêutica

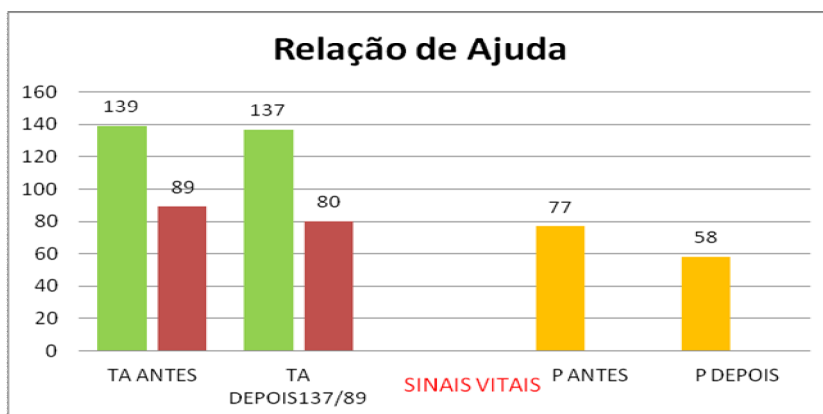


Tabela 2 – Monitorização dos sinais vitais antes e após intervenção psicoterapêutica

Foram monitorizados os sinais vitais antes e após cada sessão e também podemos verificar que houve uma melhoria significativa principalmente na frequência cardíaca. Relativamente ao utente, este refere melhoria e através desta psicoterapia teve a possibilidade de ponderar algumas alternativas para a resolução dos seus problemas e melhoria da sua qualidade de vida.

2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em título conclusivo acredito que na enfermagem há muito mais a fazer do que todo o processo de preparação e administração de medicação, podemos e devemos olhar para a profissão de forma capaz e da mesma forma olhar para o utente que recorre, voluntariamente, ou involuntariamente, aos cuidados de enfermagem. Todos precisam de ajuda, sendo ela de forma formal ou não, mas estão lá sempre receptivos a uma palavra, a um gesto amável a uma atitude de empatia, de colaboração, é nisto que podemos marcar a diferença.

Considero que as que três sessões foram escassas, contudo pude verificar através desta intervenção que se verificou uma melhoria significativa o que demonstra que esta foi eficiente. Posso considerar que o meu objectivo foi alcançado.

A realização desta intervenção neste Ensino Clínico, fez-me despertar para a importância da relação de ajuda, como um dos aspectos fundamentais no quadro actual de concepção de cuidados de enfermagem. Também é do conhecimento geral que um dos pilares de relação de ajuda é a confiança que a pessoa cuidada cria relativamente ao enfermeiro de quem cuida. Mas o que muitas das vezes não se sabe é como providenciar as condições necessárias para que essa confiança se desenvolva, aspecto este que trabalhei particularmente nesta intervenção.

Sendo assim, posso afirmar que o tempo “gasto” neste processo é irrisório, em comparação com os resultados que são bem visíveis.

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ABDELMALEK, A.; GÉRARD, J. L. – *Ciências humanas e cuidados de saúde*. Manual para profissionais de saúde. Lisboa: Instituto Piaget. 1995;

PHANEUF, M. – *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Cuidar. 1995;

REPE – Regulamento do Exercício para a Prática de Enfermagem, Ordem dos Enfermeiros;

ROGERS, C. R. – *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes Editores. 1984;

SEQUEIRA, Carlos. - *Introdução à Prática Clínica: do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica*. Coimbra: Quarteto, 2006;

TEIXEIRA, J. – *Reabilitação: um encontro cujo horizonte é a existência*. Integrar. Lisboa. N.º 5, p. 9-14. 1994.

ANEXO A – Escala da Ansiedade de Hamilton

Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton

Scores:	0= ausência;	1= intensidade ligeira;	2= intensidade média;	3= intensidade forte;	4= intensidade máxima (incapacitante)
HUMOR ANSIOSO – inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade:	0	1	2	3	4
TENSÃO – sensação de tensão, fatigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reacções de sobressalto:	0	1	2	3	4
MEDO – de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito:	0	1	2	3	4
INSÓNIA – dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores nocturnos:	0	1	2	3	4
DIFICULDADES INTELECTUAIS – dificuldade de concentração, distúrbios de memória:	0	1	2	3	4
HUMOR DEPRESSIVO – perda de interesse, humor variável, indiferença às actividades de rotina, despertar precoce, depressão:	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (MUSCULARES) – dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclónias, ranger de dentes, voz insegura:	0	1	2	3	4
SINTOMAS SOMÁTICOS GERAIS (SENSORIAIS) – visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos:	0	1	2	3	4
SINTOMAS CARDIOVASCULARES – taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações arteriais, sensação de desmaio:	0	1	2	3	4
SINTOMAS RESPIRATÓRIOS – sensação de opressão, dispneia, constrição torácica, suspiro, bolo faríngeo:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GASTROINTESTINAIS – dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor pré ou pós-prandial, queimações, empanzimento, náuseas, vômitos, cólicas diarreias, constipação, perda de peso:	0	1	2	3	4
SINTOMAS GÊNITO-URINÁRIOS – micções frequentes, urgência de micção, frigidez amenorreia, ejaculação precoce, ausência de erecção, impotência:	0	1	2	3	4
SINTOMAS DO SISTEMA NERVOSO AUTÓNOMO – secura na boca, ruborização, palidez, tendência à sudação, vertigens, cefaleia de tensão:	0	1	2	3	4
COMPORTAMENTO NA ENTREVISTA – <u>Geral</u> : tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos tiques, inquietação, respiração suspirosa. <u>Fisiológico</u> : eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20 rpm:	0	1	2	3	4
TOTAL:					

Menos de 9 pontos: nível de ansiedade baixo; entre 9 e 17 pontos nível de ansiedade moderado; entre 17 – 25 pontos: nível de ansiedade elevada; mais de 25 pontos: nível de ansiedade muito elevada.

ANEXO B – Plano da Sessão de Relação de Ajuda

PLANO DA SESSÃO

Formador: Sérgio Nogueira (Aluno do Curso De Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP)

Local: CSBJ – Projecto Consentido

1. Título da Intervenção: Psicoterapia de Relação de Ajuda			2. Nº de Sessões: 3
3. Data: conforme disponibilidade do utente	4. Local: no domicílio do utente	5. Hora de Início: 16H00	6. Tempo duração: 40 minutos
7. Destinatário: Utente seguido pelo Projecto Consentido, que sofre de Esquizofrenia e Ansiedade.			8. Nº de Participantes: 1
<p>9. Fundamentação: Segundo a CIPE (2006, p.47), a ansiedade é... “um tipo de Emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou infelicidade sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da auto-segurança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos, pupilas dilatadas e voz trémula.”</p> <p>A psicoterapia é uma forma de estar ao lado da utente, encontrar compreensão do seu universo, esclarecer o seu mundo, as suas dificuldades, reconhecer as suas atitudes e estratégias adoptadas e promover novos comportamentos, criando novas experiências, podendo ser realizada em grupo ou individualmente. Segundo Chalifour (2008) A psicoterapia se propõe a mudar as pessoas, ajudando-as a pensar de modo diferente (cognição), a sentirem-se diferentes (sentimentos, emoções) e a agir de forma distinta (comportamentos).</p> <p>A relação de ajuda é um dos elementos fundamentais da prática de enfermagem. Rogers (1984) define a relação de ajuda como “uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo.”</p> <p>Ao enfermeiro pede-se o desenvolvimento das suas capacidades profissionais, interpessoais, afectivas, intelectuais, sociais e espirituais, para que possa efectivar a relação de ajuda. A capacidade de escuta, empatia, respeito, autenticidade, clarificação e aceitação incondicional são atitudes fundamentais na relação de ajuda.</p> <p>Face a este contexto é fundamental formar profissionais especializados para uma intervenção direccionada e eficaz. Assim, com esta intervenção, tendono realizar esta técnica de forma a, minimizar o grau de ansiedade deste utente.</p>			
10. DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Coping ineficaz; Não adesão ao regime terapêutico; Ansiedade; Uso de drogas; Solidão; Processo familiar alterado.			

11. Objectivo Geral: Reduzir grau de ansiedade	12. Objectivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> - Explicitar os problemas e dificuldades; - Melhorar as capacidades de comunicação e interacção; - Aumentar a auto-estima; - Diminuir a ansiedade; - Promover a aceitação do estado de saúde; - Promover a expressão de sentimentos e emoções; - Identificar potencialidades de enfrentar dadas situações; - Ultrapassar uma experiência/dificuldade/problema; - Potenciar o enfrentar de problemas actuais; - Orientar na busca de soluções; - Avaliar as alternativas.
13. Conteúdos: <ul style="list-style-type: none"> o Fase inicial: Início da relação o Fase intermédia: identificação e transição o Fase terapêutica: trabalho e exploração o Fase de manutenção: consolidação da relação o Fase final: termo da relação (uma sessão) 	14. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: <p>Planear/executar relação de ajuda;</p> <p>Promover a adaptação a novos estilos de vida;</p> <p>Promover modificação de comportamento;</p> <p>Escuta activa;</p> <p>Apoiar a tomada de decisão;</p> <p>Identificar com a pessoa estratégias anteriores de adaptação eficaz;</p> <p>Analisar medos e sentimentos do doente.</p>
14. Recursos/Material: Papel e Esferográfica	15. Metodologias e Técnicas: <ul style="list-style-type: none"> - Expositivo/ Interactivo - Técnica de Relação de Ajuda
16. Tipo de Avaliação: Avaliação dos sinais vitais e observação directa e indirecta do utente; aplicação da escala de ansiedade.	
17. Referências Bibliográficas: CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem versão 1.0 (CIPE/ICNP) Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2005; p. 47. ISBN 92-95040-36-8.	

ANEXO IX – Sessão formativa sobre Esquizofrenia no CRI/ET de Braga

PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

Formador: Sérgio Nogueira (Aluno do Curso De Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP)


Local: IDT/CRI de Braga – E.T. de Braga

1. Título da Intervenção: “Esquizofrenia”			2. N° de Sessões: 1	
3. Data: 19 de Maio de 2011	4. Local: Sala de Formação do CRI de Braga	5. Hora de Início: 15h	6. Tempo duração: 45 minutos	
7. Destinatários: Equipa de Enfermagem do CRI			8. N° de Participantes: 4	
<p>9. Fundamentação:</p> <p>A Esquizofrenia é uma doença mental grave, que atinge cerca de 1% da nossa população, que se caracteriza classicamente por um conjunto vasto de sintomas, entre os quais se destacam alterações do pensamento, alucinações (sobretudo auditivas), delírios e embotamento emocional com perda de contacto com a realidade, causando uma disfunção social crónica.</p> <p>Sendo esta uma co-morbilidade frequente na população Toxicodependente, justifica-se uma abordagem mais aprofundada sobre Esquizofrenia junto dos Enfermeiros que diariamente lidam com estes utentes, podendo assim compreender melhor a doença e estabelecendo uma melhor relação terapêutica com estes.</p> <p>A escolha deste tema está relacionada com as necessidades de formação detectadas num questionário aplicado à equipa de Enfermagem.</p>				
<p>10. Objectivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar para a problemática da Esquizofrenia; - Relembrar conhecimentos aprendidos anteriormente e enriquecer com a aquisição de novos conhecimentos sobre a temática. 		<p>11. Objectivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreender o contexto histórico da Esquizofrenia; - Conhecer os aspectos epidemiológicos referentes à Esquizofrenia; - Identificar as causas da esquizofrenia; - Perceber os tipos de Esquizofrenia e sintomatologia; 		

1

		- Identificar os tratamentos disponíveis e compreender como é feita a Reabilitação.	
<p>12. Conteúdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdução: (5 minutos): <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação; - Fundamentação do tema; - Definição de objectivos da formação; • Desenvolvimento: (30 minutos): <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos Históricos e Definição; - Aspectos Epidemiológicos; - Causas e Prognóstico; - Sintomatologia e Diagnóstico; - Os Tipos de Esquizofrenia; - A Evolução da Doença; - O Tratamento e a reabilitação • Conclusão: (10 minutos): <ul style="list-style-type: none"> - Resumo Global - Clarificação de dúvidas/Debate de ideias - Avaliação da Formação - Encerramento 			
<p>13. Recursos/Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sala de Formação; - Data show e computador; 		<p>14. Metodologias de Formação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expositivo; - Interrogativo; - Utilização de Meios Audiovisuais. 	
<p>15. Tipo de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de um Questionário de Avaliação da Acção de formação pelo participante, no final da sessão. 			
<p>16. Referências Bibliográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AFONSO, P. - <i>Esquizofrenia: conhecer a doença</i>. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN 972-796-072-3; - AFONSO, Pedro - <i>Esquizofrenia. Para além dos mitos, descobrir a doença</i>. 1ª Edição. Cascais: Príncipe Editora, 2010. ISBN: 978-989-8131-63-8; - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – <i>DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais</i>. Lisboa: Climepsi Editores, 4ª edição, 2006. ISBN: 972-796-020-2; - ANGEL, Pierre; RICHARD, Denis; VALLEUR, Marc – <i>Toxicomanias</i>. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN: 972-796-023-5; - CAMPOS, Luísa P. C. V. – <i>Doença Mental e Prestação de Cuidados</i>. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. ISBN: 978-972-54-0240-5; - CARDOSO, Carlos M. – <i>Os Caminhos da Psiquiatria</i>. 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN: 972-796-049-9; - EBERT, M.H.; LOOSEN, P.T; NURCOMBE, B. - <i>Psiquiatria - Diagnóstico e Tratamento</i>. 1ª Edição. Porto Alegre: Artmed Ed., 2002. - SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott – <i>Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Compartimento e Psiquiatria clínica</i>. Porto Alegre: Artmed Ed., 9ª edição, 2007. 			

2


CATÓLICA
 UNIVERSIDADE PORTUGUESA

CURSO DE Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria

A ESQUIZOFRENIA

TRABALHO REALIZADO POR: Enf.ª Sérgio Nogueira

Braga, Maio de 2011

Sumário


- A Esquizofrenia**
 - Aspectos Históricos
 - Definição
 - Aspectos Epidemiológicos
 - Causas da Esquizofrenia
 - O Prognóstico
 - Sintomatologia
 - Outros aspectos relacionados com a Esquizofrenia
 - O Diagnóstico
 - Os Tipos de Esquizofrenia
- A Evolução da Doença**
 - O início da doença
 - A fase aguda
 - A fase de estabilização e manutenção
 - A recaída
 - As formas de avaliação da esquizofrenia
- O Tratamento**
 - O Tratamento Farmacológico
 - Outros tratamentos
- A Reabilitação**
- Considerações Finais**
- Questões Práticas**
- Referências Bibliográficas**



ASPECTOS HISTÓRICOS:

- Ao longo da história do Homem foram feitas várias tentativas de compreensão e explicação das doenças;
- Para além dos avanços científicos extraordinários verificamos que subsistem ainda muitas dúvidas relativamente à origem da maioria das doenças mentais, como é o caso da esquizofrenia;
- Hipócrates, nascido em 460 a.c. – descreveu delírio agudo, a depressão, a prisão do parto e a histeria;
- São Tomás de Aquino (1225-1274) – considerava a doença mental como um estado em que o Homem perde a razão, ficando fora de si, delirante, violento e incontrolável a uma razão humana;
- Nos séculos XV e XVI – o apogeu das explicações sobrenaturais sobre doença mental, incluindo a esquizofrenia, em que os doentes eram considerados «possuídos do Satanás», ou seja bruxos ou bruxinhas;
- Willis (1667) – descreve a doença como uma forma de «estupidez adquirida»;
- Morel (1850) – refere-se à doença como uma «deviância precoce»

(Morel, 1980, p.14-16)



ASPECTOS HISTÓRICOS (cont.):

- Hecker (1837) – descreveu um quadro clínico caracterizado por uma deterioração mental, e por comportamentos regressivos, que surgem em indivíduos jovens que descobrem de sífilis;
- Emil Kraepelin (1853) – refere-se à «Doença Procaça», descrevendo-a em 3 formas clínicas: Hebefrenia, Catatonia e Parafrenia;
- Eugen Bleuler (1911) – introduz pela 1ª vez a designação «Esquizofrenia», deriva do grego e etimologicamente, corresponde a «skizo», fenda ou clado, e «phrenia», que significa pensamento;
- Kessel (1933) – descreveu um quadro clínico em que coexistem simultaneamente sintomas típicos da esquizofrenia e da lúbia afectiva a que designa de «esquizofrenia»;
- Kurt Schneider (1948) – identificou os sintomas característicos da esquizofrenia – descreveu os sintomas de 1ª e 2ª ordem. Esta identificação constitui, assim a base que permitiu, nos dias de hoje, as classificações standardizadas como o DSM-IV e a CID-10.
 - Sintomas de 1ª Ordem: consciência do pensamento; eco, ditado, roubo do pensamento; percepções delirantes e audição de vozes na 1ª e 2ª pessoa.
 - Sintomas de 2ª Ordem: parafrenia; ilusões auditivas; parafrenia; delírios; pobreza afectiva; coexistência delirantes.

(Morel, 1980, p.18-19; Capelo, 2000)



DEFINIÇÃO DE ESQUIZOFRENIA:


A esquizofrenia é uma doença mental grave que se caracteriza classicamente por um conjunto de sintomas, entre os quais se destacam alterações do pensamento, alucinações (sobretudo auditivas), delírios e embotamento emocional com perda de contacto com a realidade, causando uma disfunção social crónica.

Descreve-se como sendo uma "perturbação que dura pelo menos 6 meses e inclui pelo menos 2 mais de sintomas activos (isto é, 2 ou mais dos seguintes: Alucinações, delírios, discurso desorganizado, comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico, sintomas negativos)".

(DSM-IV-TR, 2002, p.106)


É uma doença recorrente, aumentando em cada crise a incapacidade crónica e o resultado final, passa muitas vezes pela estigmatização e inadaptação social necessitando frequentemente de hospitalização prolongada.

(Morel, 1980, p.14)



ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS:

- A incidência varia de país para país, consoante os grupos migratórios, rondando os 15 por cada 100 000 habitantes (Tandon et al., 2008 citado por Afonso, 2002);
- "A sua prevalência em Portugal é de aproximadamente 1% da população, o que faz prever que hoje 100 000 doentes com esquizofrenia" (Afonso, 2002);
- A doença encontra-se distribuída de igual forma pelos 2 sexos, e manifesta-se habitualmente na parte final da adolescência, ou no início da idade adulta;
- O aparecimento da doença é mais precoce em indivíduos do sexo masculino (entre os 15 e os 25 anos) e mais tarde em pessoas do sexo feminino (entre os 25 e os 30 anos);
- Doentes com esquizofrenia, frequentemente, apresentam uma taxa de morbilidade aumentada em decorrência do abuso de substâncias (Afonso, 2002).



CAUSAS DA ESQUIZOFRENIA:

- Actualmente defende-se que a esquizofrenia possui uma etiologia multifactorial.
- Existe uma multiplicidade de teorias que reflectem possíveis causas da esquizofrenia:
 - ✓ hipótese da dopamina
 - ✓ hipótese da serotonina
 - ✓ hipótese imunológica (infecções víricas pré-natais)
 - ✓ hipótese do neurodesenvolvimento
 - Complicações obstétricas e perinatais
 - Anomalias estruturais baseadas em estudos de imagem cerebral
 - Anomalias das neuroações sinápticas
 - Anomalia de glione
 - Anomalias cognitivas
 - Deficiência neurobiológica e biopsico-social no desenvolvimento
- Acontecimentos de vida significativos e stress psicológico; (Hussey, 1998) e (Lewinsohn, 2000)
- Utilização abusiva de substâncias por indivíduos jovens com predisposição para a doença (Angus, 2002, p.108).




PROGNÓSTICO

- **Bom Prognóstico:**
 - Início agudo;
 - A forma Paranoide;
 - Personalidade prévia estável;
 - Idade precoce;
 - Bons recursos familiares, profissionais e sociais;
- **Mau Prognóstico:**
 - Existência de um familiar esquizofrénico;
 - Nascimento em zonas urbanas, de classe social baixa;
 - Nascimento nos meses frios;
 - Alta expressividade emocional na família;
 - Institucionalização precoce;
 - Personalidade instável, fria, ázara;
 - Anomalias nos movimentos oculares;
 - Perturbações da atenção
 - Experiência com drogas, alucinógenos ou excitantes do S.N.C.;
 - Digressão por "ciências ocultas".



SINTOMATOLOGIA:

- Não existem sinais e sintomas exclusivos de perturbação esquizofrénica, todos os sinais e sintomas observados na esquizofrenia podem ocorrer em diferentes transtornos psiquiátricos (Sadock & Sadock, 2007).
- "Os sintomas característicos da Esquizofrenia envolvem um conjunto de disfunções cognitivas e emocionais que incluem percepção, pensamento lógico, linguagem e comunicação, comportamento, afecto, produção de pensamento e de discurso, vontade e impulsos, e atenção" (SANTANA, 2006, p.100)
- Actualmente são aceites 2 sistemas de classificação da Esquizofrenia:
 - 1º o da Organização Mundial de Saúde - ICD-10 (1992);
 - 2º elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria - DSM IV TR (2002)
- A divisão dos sintomas da doença é feita entre positivos e negativos; (SANTANA, 2006, p.101)
- **SINTOMAS POSITIVOS:**
 - Reflectem um excesso ou distorção de funções normais;
 - Incluem distorções do conteúdo do:
 - pensamento (ideias delirantes);
 - da percepção (alucinações);
 - da linguagem e dos processos de pensamento (discurso desorganizado);
 - do comportamento (comportamento marcadamente desorganizado ou catatónico).



SINTOMATOLOGIA (cont.):

SINTOMAS NEGATIVOS:

- Reflectem um estado deficitário ao nível:
 - da motivação;
 - das emoções;
 - do discurso;
 - do pensamento;
 - das relações interpessoais.
- É frequente, após remissão dos sintomas positivos (delírios, alucinações, etc.), os familiares qualifiquem-se dos doentes de não terem vontade de conviver e de estes permanecerem isolados. Esta situação leva a sentimentos de incompreensão e rejeição nos familiares, já que é interpretada como uma atitude de hostilidade e de desprezo;
- Os sintomas negativos mais comuns são: quadro anedónico; abulia; anedonia; apatia; isolamento social; embotamento afectivo e discurso pobre. (SANTANA, 2006, p.101)




OUTROS ASPECTOS RELACIONADOS COM A ESQUIZOFRENIA:

- Em alguns casos pode ser difícil de distinguir se estamos perante sintomas negativos da doença ou de um quadro depressivo;
- Os sintomas depressivos acompanham frequentemente a evolução da doença, estando-se que estejam presentes em 25% dos doentes;
- Efeitos secundários à medicação antipsicótica: identificação psicótora, perda da espontaneidade dos movimentos, redução generalizada da actividade voluntária, sensação de cansaço, falta de energia, anorexia, acaloria;
- O suicídio revela-se uma das principais causas de morte dos esquizofrénicos (cerca de 10%);
- Défices cognitivos: nos domínios da memória verbal e da vigilância e atenção, da qualidade de trabalho, do quociente intelectual, da linguagem e das funções executivas - condicionam o processo reabilitativo do doente com esquizofrenia;
- Alterações nos movimentos de paragem ocular entre 52 e 96% dos doentes esquizofrénicos após exame; (SANTANA, 2006, p.11-12)



Diagnóstico:

- O diagnóstico tem de ser feito numa perspectiva longitudinal (ao longo do tempo);
- O diagnóstico só pode ser feito através de manifestações clínicas da doença;
- Tem-se de excluir outras doenças ou condições que possam produzir sintomas psicóticos semelhantes à esquizofrenia;
- Necessidade de excluir doenças orgânicas ou secundárias à ingestão de substâncias psicoativas (medicamentos ou drogas), que podem induzir o quadro psicótico;
- A psicose induzida por drogas pode originar um quadro clínico de início agudo em todo semelhante ao observado na esquizofrenia: alucinações auditivo-verbais, ideias delirantes, alterações na forma do pensamento, etc.
- Nos indivíduos mais jovens é importante perguntar se há consumo de drogas, de modo a excluir este diagnóstico (falta de deplote de consumo de drogas através de análises à urina); (SANTANA, 2006, p.10-11)




O TRATAMENTO (CONT.):

- **Fármacos Típicos ou Clássicos**
 - Diminuem os sintomas positivos da esquizofrenia, mas têm um efeito limitado nos sintomas negativos e sobre a cognição;
 - Possuem vários efeitos secundários: Distonia aguda, Parkinsonismo secundário, alterações hormonais, disfunção visual, sedação ou constipação, taquicardia, acúrdia e síndrome maligna dos neurolepticos;
- **Fármacos Atípicos**
 - São eficazes no tratamento dos sintomas negativos da esquizofrenia;
 - Possuem menores efeitos adversos a nível neurológico e endócrino;
 - Poucos efeitos secundários (aumento de peso, risco de Diabetes tipo 2);
 - Actualmente constituem a primeira escolha para o tratamento da esquizofrenia.



OUTROS TRATAMENTOS:

- **Electroconvulsivoterapia (ECT)**
 - Surgiu em 1938 com o objectivo de indução de uma crise convulsiva no doente, através de estímulos eléctricos;
 - Deve ser utilizada quando todos os outros métodos se revelam insuficientes;
 - A utilização da electroconvulsivoterapia no tratamento da esquizofrenia, mantém-se actual, embora como um tratamento de 2ª linha, para situações mais graves (esquizofrenia catatónica) ou casos em que o tratamento farmacológico não é eficaz;
 - Deve ser sempre avaliado caso a caso, tendo em conta o risco-benefício para o doente deste tipo de tratamento.



OUTROS TRATAMENTOS (CONT.):


- **Psicoterapia**
 - Tratamento complementar ao farmacológico que ajuda o doente a elaborar e a integrar a sua experiência psíquica;
 - A psicoterapia é uma técnica psicoterapêutica que tem sido utilizada no tratamento da esquizofrenia com algum sucesso no que diz respeito ao tratamento dos sintomas positivos da doença (Kingdon & Turkington, 1991 citado por Alonso, 2010), designadamente nas ideias delirantes e nas alucinações auditivas;
 - Está desaconselhada como tratamento único, devem ser sempre acompanhadas por tratamento farmacológico.

(Alonso, 2010, p.40)

OUTROS TRATAMENTOS (CONT.):

- **Intervenção Familiar:**
 - Existem programas de intervenção familiar, que numa abordagem psicoeducativa, envolvem aspectos relacionados com o conhecimento da própria doença e o seu tratamento;
 - A relação entre o profissional de saúde e família, promove uma melhor comunicação entre os seus vários elementos, procurando ainda esclarecer dúvidas e resolver questões práticas inerentes à doença.


(Alonso, 2010, p.40)




OUTROS TRATAMENTOS (CONT.):

- **Psicoeducação:**
 - É uma técnica que visa melhorar a compreensão da doença pelos doentes e suas famílias;
 - Melhora o comportamento e atitude do doente e família face à esquizofrenia;
 - É encarada como parte do tratamento, e está enquadrada no projecto terapêutico;
 - Procura-se fornecer informação aos doentes sobre vários aspectos da doença de forma a melhorar a adesão terapêutica e o próprio insight do doente;


(Alonso, 2010, p.40)



OUTROS TRATAMENTOS (CONT.):

- **Terapia Ocupacional:**
 - Tem o objectivo de envolver as pessoas em ocupações significativas, combatendo a amotivação, melhorando a auto-estima e a confiança;
 - A participação do doente em ateliés de terapia ocupacional, acaba por ser o início do seu processo de reabilitação psicossocial que, com o apoio necessário, conduzirá a uma efectiva reintegração social.
- **Treino de aptidões**
 - O treino de competências sociais visa fornecer ao doente uma série de competências que se revelam fundamentais para o regresso a um papel activo ao nível socioprofissional.

(Alonso, 2010, p.40)



A REABILITAÇÃO


- O processo de reabilitação é contínuo, para que o doente possa funcionar com satisfação e sucesso nas várias actividades da vida, visando um aumento da autonomia, melhoria pessoal e qualidade de vida.

Objectivos gerais da reabilitação na esquizofrenia

- Promover a integração e a integração social do doente;
- Diminuir as hospitalizações involuntárias do doente;
- Diminuir o nº de visitas e de internamentos hospitalares;
- Preparar para uma vida independente e autónoma;
- Melhorar o desempenho das tarefas sociais;
- Melhorar a qualidade de vida do doente e a qualidade de vida familiar.


- Actualmente a esquizofrenia é vista como uma doença mental grave, mas em que os seus portadores podem e devem ser ajudados a reintegrar-se na comunidade;
- Existem estruturas terapêuticas de reabilitação e de apoio, nomeadamente hospitais dia, centros de dia, residências protegidas, empregos apoiados, áreas de dia e fóruns sócio-ocupacionais.

gPharm, 2011, p.48-51




CONSIDERAÇÕES FINAIS

- A esquizofrenia continua a ser nos nossos dias, uma doença estigmatizada socialmente e mal compreendida;
- As pessoas com esquizofrenia são muitas vezes marginalizadas, ignora-se o sofrimento humano e a tragédia pessoal e familiar que a doença acarreta;
- Os avanços terapêuticos no controlo de manifestações da esquizofrenia tem o mérito de permitir uma melhor interacção pessoal com estes doentes;
- Hoje em dia a redução dos sintomas fez-se com menos efeitos adversos, alguma melhoria do desempenho e, potencialmente com melhores possibilidades de integração;
- Existe por parte de todos os técnicos de saúde, uma grande responsabilidade moral no combate ao estigma produzido pela esquizofrenia. Prestando esclarecimentos e educação sobre a doença aos doentes familiares e à sociedade em geral;



CONSIDERAÇÕES FINAIS (cont.)

- A psicoeducação a Terapias Familiar e de Grupo são bastante úteis, dado que permitem estabelecer uma relação de cumplicidade entre o profissional de saúde, doente e família, num propósito comum: combater a doença, ajudar o doente a superar as dificuldades, estimulando a aspiração de alcançar a melhor qualidade de vida possível;
- É da responsabilidade do Enfermeiro, tornar a assistência mais abrangente, oferecendo à família do doente com esquizofrenia as orientações e as informações necessárias para que este possa colaborar na reintegração do doente na sociedade;
- A realização de campanhas com o objetivo de reduzir o consumo de cannabis entre os jovens, poderão ter um impacto positivo na prevenção de futuros casos de esquizofrenia.



QUESTÕES PRÁTICAS


- Deve-se dizer ao doente que este sofre de esquizofrenia?
- Quando há recusa terapêutica, deve-se administrar medicamentos antipsicóticos, na bebida sem que o doente tenha conhecimento?
- Os doentes com Esquizofrenia são violentos?

Entidades De Apoio Na Reabilitação Psicossocial Da Esquizofrenia

No distrito de Braga:

<p>Associação de Apoio à Saúde Mental do Norte Rua de S. Vitor, n.º 90 4700-008 Braga Telf: 253 264392 Fax: 253 264383 Email: ajasmn@ajasmn.pt</p>	<p>Centro de Saúde de S. João de Deus - ICB Av. Padre Teófilo, n.º 4 4700-008 Braga Telf: 253 838243 Fax: 253 838244 Email: psiquiatria@icb.pt http://www.icb.pt/psiquiatria/psiquiatria</p>
---	---

Centro de Saúde de Braga - ICB
 S. D. António Aires, 110, n.º 17
 4700-003 Braga
 Telf: 253 223124
 Fax: 253 223121
 Email: psiquiatria@icb.pt
 Website: <http://www.icb.pt/psiquiatria>



Referências Bibliográficas

AFONSO, P. - *Esquizofrenia: conceitos e doença*. 1ª edição. Lisboa: Climep Editores, 2002. ISBN 972-796-912-2.

AFONSO, Pedro - *Esquizofrenia: Para além do mito, descobrindo a doença*. 1ª Edição. Cascais: Píndax Editora, 2010. ISBN 978-99-9121-02-6.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística dos transtornos mentais*. Lisboa: Climep Editores, 4ª edição, 2003. ISBN 972-796-022-2.

ANSEL, Pierre; ROCHARD, Denis; VALLEUR, Marc - *Troubles mentaux*. 1ª Edição. Lisboa: Climep Editores, 2002. ISBN: 972-796-022-4.

BLEULER, Eugen - *Demência Psicótica: os grupos da Esquizofrenia*. 1ª Edição. Lisboa: Climep Editores, 2006. ISBN: 972-796-112-0.

CAMPDE, Lúcia P. C. V. - *Doença Mental e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2009. ISBN: 978-972-94-0240-0.

CARDOSO, Carlos M. - *O Diagnóstico da Psicose*. 1ª Edição. Lisboa: Climep Editores, 2002. ISBN 972-796-049-9.

EBERT, M.H.; LOISEN, P.T.; NURCOMBE, B. - *Psiquiatria - Diagnóstico e Tratamento*. 1ª Edição. Porto Alegre: Artmed S.A., 2008.

SADOCK, Benjamin Janer; SADOCK, Virginia Kluft - *Compendio de Psiquiatria: Clínica do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre: Artmed Ed., 1ª edição, 2007. ISBN: 95-303-0762-3

**ANEXO X – Avaliação
do *Burnout* – Maslach
*Burnout Inventory (MBI)***

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Nunca	Algumas vezes por ano ou menos	Uma vez por mês ou menos	Algumas vezes por mês	Uma vez por semana	Algumas vezes por semana	Todos os dias		
0	1	2	3	4	5	6		
Afirmações								
Com que frequência								
1	Sinto-me vazio emocionalmente por causa do meu trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
2	No final do dia de trabalho sinto-me exausto.....	0	1	2	3	4	5	6
3	Sinto-me fatigado quando acordo de manhã e tenho que enfrentar mais um dia de trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
4	Consgo compreender facilmente como os meus clientes se sentem.....	0	1	2	3	4	5	6
5	Sinto que trato alguns dos meus clientes como se fossem objectos impessoais....	0	1	2	3	4	5	6
6	Trabalhar com pessoas o dia todo é, de facto, um esforço para mim.....	0	1	2	3	4	5	6
7	Lido muito eficazmente com os problemas dos meus clientes.....	0	1	2	3	4	5	6
8	Sinto-me esgotado devido ao meu trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
9	Sinto que estou a influenciar positivamente a vida de outras pessoas com o meu trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
10	Tornei-me mais insensível em relação às pessoas, desde que comecei este trabalho	0	1	2	3	4	5	6
11	Preocupo-me que este trabalho me esteja a "endurecer" emocionalmente.....	0	1	2	3	4	5	6
12	Sinto-me muito enérgico.....	0	1	2	3	4	5	6
13	Sinto-me muito frustrado com o meu trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
14	Sinto que estou a trabalhar demasiado no meu trabalho.....	0	1	2	3	4	5	6
15	De facto, não me interessa o que acontece a alguns clientes.....	0	1	2	3	4	5	6
16	Trabalhar directamente com pessoas coloca-me sob demasiada tensão.....	0	1	2	3	4	5	6
17	Consgo facilmente criar uma atmosfera relaxada com os meus clientes.....	0	1	2	3	4	5	6
18	Sinto-me entusiasmado depois de trabalhar de perto com os meus clientes.....	0	1	2	3	4	5	6
19	Consegui realizar muitas coisas importantes nesta profissão.....	0	1	2	3	4	5	6
20	Sinto que estou no meu limite ("no fim da linha").....	0	1	2	3	4	5	6
21	No meu trabalho, lido com os problemas emocionais com muita calma.....	0	1	2	3	4	5	6
22	Sinto que os clientes me culpam por alguns dos seus problemas.....	0	1	2	3	4	5	6

Adaptado de MBI (Maslach & Jackson, 1997 citado por Sá, 2008)

- Escala de tipo likert de 7-pontos (de 0=nunca a 6=todos os dias), com 22 itens, distribuídos por três sub-escalas:
 - **Exaustão emocional** (itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20);
 - **Despersonalização** (itens 5, 10, 11, 15 e 22);
 - **Realização profissional** (itens 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21).

Exaustão emocional:

Grau de exaustão: <17: baixo; entre 18 e 29: moderado; >30 elevado;

Despersonalização: grau de exaustão: <5 baixo; entre 6 e 11: moderado >12 elevado;
Realização Pessoal:

Realização Pessoal: grau de exaustão: >40 baixo; entre 34 e 39 moderado; < 36 elevado.

**ANEXO XI – Sessão
formativa sobre
Burnout no CRI/ET de
Braga**

PLANO DA SESSÃO FORMATIVA

Formador: Sérgio Nogueira (Aluno do Curso De Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP)


Local: IDT/CRI de Braga – E.T. de Braga

1. Título da Intervenção: <i>Bumout</i> – Síndrome de Exaustão				2. N° de Sessões: 1	
3. Data: 24 de Maio de 2011	4. Local: Sala de Formação do CRI de Braga	5. Hora de Início: 14h30	6. Tempo duração: 30 minutos		
7. Destinatários: Equipa de Enfermagem do CRI				8. N° de Participantes: 4	
9. Fundamentação: A síndrome de <i>burnout</i> é entendida como um processo resultante da exposição prolongada no tempo a uma carga elevada de stress ocupacional crónico. Parece ser uma síndrome característica dos profissionais que lidam directa e diariamente com pessoas que necessitam de ajuda. Os enfermeiros serão possivelmente um dos grupos profissionais de maior risco, pelo seu envolvimento directo e constante com pessoas em sofrimento. A escolha deste tema está relacionada com as necessidades de formação detectadas num questionário aplicado à equipa de Enfermagem. Após a escolha deste tema, foi aplicada uma escala de avaliação do <i>Bumout (Maslach Burnout Inventory - MBI)</i> , junto da equipa de Enfermagem do CRI de Braga, da qual após análise das respostas fornecidas, pode constatar que 50% dos enfermeiros apresentam um grau de exaustão emocional moderado, mas já no limite para o elevado. Daí justificar-se a abordagem a esta temática, com uma finalidade formativa e preventiva sobre a doença.					
10. Objectivos Gerais: - Compreender o risco de <i>burnout</i> nos Enfermeiros do CRI de Braga; - Sensibilizar para a problemática do <i>Bumout</i> ; - Mostrar quais as estratégias indicadas na prevenção do <i>Bumout</i> .			11. Objectivos específicos: - Definir <i>Burnout</i> – Síndrome de Exaustão - Diferenciar <i>Bumout</i> VS Stress VS Depressão - Indicar as causas e sintomas mais frequentes de <i>burnout</i> - Avaliar o <i>burnout</i>		

1

		- Mostrar estratégias de prevenção do <i>burnout</i> - Sugestões para reforçar o bem-estar Mental	
12. Conteúdos: • Introdução: (5 minutos): - Apresentação; - Fundamentação do tema; - Definição de objectivos da formação;		• Desenvolvimento: (20 minutos): - Contextualização histórica - Definição de exaustão profissional (<i>burnout</i>) - <i>Bumout</i> VS Stress VS Depressão - Causas da exaustão - <i>Bumout</i> nos profissionais de saúde - Factores de Stress susceptíveis de induzir <i>burnout</i> nos Enfermeiros - Sintomas de <i>burnout</i> - Como avaliar o <i>burnout</i> - Estratégias de prevenção do <i>burnout</i> - Sugestões para reforçar o bem-estar Mental	
13. Recursos/Material: - Sala de Formação; - Data show e computador;		14. Metodologias de Formação: - Expositivo; - Interactivo; - Utilização de meios Audiovisuais.	
15. Tipo de Avaliação: - Aplicação de um Questionário de Avaliação da acção de formação à equipa de Enfermagem do CRI de Braga, no final da sessão.			
16. Referências Bibliográficas: - DELBROUCK, Michel – <i>Síndrome de Exaustão (Burnout)</i> . Lisboa: Climepsi: Editores. 1ª Edição. 2006. ISBN: 972-796-228-9; - LLUNCH, Maria Teresa - "Promoción de la salud mental: cuidar-se para cuidar mejor". Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2008; - SA, Luis Octávio – <i>Burnout e Controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica – estudo correlacional</i> . Tese apresentada para a obtenção de grau de Mestre em Psiquiatria e saúde Mental. [Em Linha]. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Medicina. 2002. [Consultado em 10 de Maio de 2011]. Disponível em WWW URL: http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9659/2/4553_TM_01_C.pdf ; - SA, Luis Octávio – <i>O assédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros</i> . Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental [Em Linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2008. [Consultado em 12 de Maio de 2011]. Disponível em WWW <URL: http://hdl.handle.net/10216/7223 >.			

2


CATÓLICA
 Universidade Católica de Braga

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


O BURNOUT (Síndrome de Exaustão)

TRABALHO REALIZADO POR: Ex.º Sérgio Nogueira

Braga, 24 de Maio de 2011

SUMÁRIO:


- O BURNOUT
 - Contextualização Histórica
 - Definição de exaustão profissional (burnout)
 - Burnout VS Stress VS Depressão
 - Causas da exaustão
 - Burnout nos profissionais de saúde
 - Factores de Stress susceptíveis de induzir burnout nos Enfermeiros
 - Sinais de burnout
 - Como avaliar o burnout
 - Estratégias de prevenção do burnout
- Sugestões para reforçar o bem-estar Mental
- Considerações Finais
- Referências Bibliográficas



Contextualização Histórica

- O termo burnout consiste em uma conjunção entre "burn" e "out", palavras da língua inglesa, onde a primeira significa "arder/queimar", enquanto a segunda se refere a "fora/para fora". Portanto, o significado literal para burnout em português é "queimar para fora".
- Freudenberguer, médico psiquiatra norte americano, foi quem pela primeira vez se referiu ao burnout como uma síndrome que ele acreditava ser comum aos profissionais de saúde;
- Como psiquiatra registou que os profissionais que trabalhavam com violações em drogas, experimentavam uma perda gradual de energia, de motivação e comprometimento, acompanhada por uma variedade de sintomas mentais e físicos. A este estado específico de exaustão Freudenberguer atribuiu o termo "burn-out".

Definição de exaustão profissional (Burnout)




- O conceito de exaustão profissional (burnout) foi descrito em 1974 por Herbert Freudenberguer como sendo "um estado de fadiga ou de frustração motivada pelo estresse a longo prazo, o um modo de vida ou o uma reação que não corresponde às expectativas".
- Tem maior incidência sobre os profissionais do domínio da Saúde, Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes Sociais, mas surge também frequentemente em outras profissões ligadas ao ensino;
- Tornou-se uma doença profissional cujo denominador comum é a relação directa entre o emprego e o estado de fadiga ou de cansaço do trabalhador;
- É um estado de fadiga ou de esgotamento emocional, que surge geralmente nas pessoas em início da sua actividade profissional com altas ideais e empenhamento, sendo substituído gradualmente, na falta de um feedback positivo, pela desilusão. (Dahlmann, 2003, p.41)

Stresse VS Burnout VS Depressão

- Relativamente à diferenciação do stress, o Burnout deve ser considerado como um prolongamento do stress ocupacional, sendo o resultado de um processo de longa duração, em que o indivíduo tenta os seus recursos para lidar com as exigências colocadas pelo trabalho já sendo esgotadas;
- No que diz respeito à distinção entre burnout e depressão, apesar de ambos "partilharem" algumas características (ex. assustado emocional no burnout parece ser semelhante à tristeza e fadiga na depressão), o burnout é claramente um fenómeno que ocorre como consequência do trabalho, enquanto que a depressão pode não ter esta dimensão implícita;
- O stress não deve ser considerado sempre como prejudicial. O que provoca dano ao homem é colocá-lo num dos dois extremos: ser uma vida monótona, sem estímulos que a exigências de o contrário, uma vida com muitas exigências desiguais e repetidas (Vaz Serra, 1999 citado por Sá, 2002);
- No burnout há uma frustração do sujeito pelo não alcance dos resultados para os quais se empenhou. O sujeito percepciona incapacidade para fazer face às exigências, mas sente-se ainda mais, o que pode provocar exaustão emocional, despersonalização e falta de resistência pessoal (Maslach e Jackson, 1981 citado por Sá, 2002);

O Burnout é sempre negativo, mas o stress pode ser positivo

Causas da Exaustão



- A sua génese está relacionada com a exposição a uma carga excessiva de stress ocupacional crónico, e que surge sobretudo nas profissões que envolvem uma relação de ajuda;
- O burnout resulta de uma carga emocional permanente e do esforço excessivo que supõe o contacto contínuo e exaustivo com outras pessoas, particularmente quando estas se encontram perante situações difíceis;
- O trabalho parece ser fonte de tensões e frustrações constituindo não só a principal fonte de rendimento mas também fonte de problemas com consequências nefastas para a saúde do indivíduo, ao nível físico, mental e social (Vaz Serra, 1999). (Sá, 2002)

Burnout nos profissionais de saúde

- A maioria dos autores considera o burnout uma síndrome característica dos profissões de ajuda, aquelas cujo núcleo central do trabalho é prestar serviços humanos directos e de grande relevância para os que os recebem;
- O relacionamento directo com a doença, a dependência, a morte, e sobretudo o sofrimento clínico é elemento dado que o relacionamento enfermeiro doente se torna, na maioria das vezes, assimétrico. O enfermeiro dá e o doente recebe;
- A organização mundial de saúde (OMS) tem alertado as autoridades governativas dos países europeus para a gravidade do problema que constitui o burnout no pessoal dos serviços de saúde. Num relatório de 1999 sobre a prevenção primária dos problemas mentais, neurológicos e psicossociais é referido que, de uma forma geral, dentro das diferentes categorias profissionais que exercem a sua actividade na área de prestação de cuidados, os sintomas de esgotamento emocional (burnout) apresentam frequência máxima no pessoal de enfermagem.



(Sá 2002)

Factores de Stress susceptíveis de induzir Burnout nos Enfermeiros

- Escalação da cobrança de trabalho. Considerado um elemento crucial devido ao facto de serem desequilibrados no mesmo tempo, que são muitas vezes a consequência de sessões de trabalho;
- Pressão do tempo e rapidez é considerada necessária no que prende de ser feito no momento;
- Paralelo de não se ter cuidado sobre as exigências de trabalho;
- Falta oportunidade de se ter contacto nas sessões de trabalho;
- Acesso limitado a outros de doenças graves ou crónicas;
- Falta de apoio, por parte de superiores hierárquicos ou de familiares;
- Má comunicação com colegas, doentes, familiares de doentes ou superiores;
- Instituição ou forma como o sistema de saúde se organiza para suportar limitações ou pela estrutura;
- Dificuldade em conciliar as obrigações de trabalho com as familiares e domésticas.

> Segundo Vaz Serra (1999), "um grupo de profissionais é afectado por recorrentes problemas/sintomas superiores aos da população em geral", quando um grupo, também se envolve no consumo de bebidas alcoólicas e drogas ilícitas ou psicoactivas";

> A permanência constante destas formas de stress ocupacional, prolongado no tempo, acaba conduzindo ao desenvolvimento de burnout. (Vaz Serra citado por Sá, 2002)

Sintomas de Burnout

- Shaufeli (1999) citado por Sá (2002), enumera cinco grupos de sintomas a nível individual:
 - afectivo (ex.: mau humor, exaustão emocional);
 - cognitivo (ex.: dificuldade de concentração);
 - físico (ex.: cefaleias, problemas gástricos);
 - comportamental (ex.: baixo nível de desempenho);
 - motivacional (ex.: perda de ideais).

> Observam-se também sintomas de carácter interpersonal na relação com os receptores dos serviços prestados (ex.: irritabilidade, desumanização e indiferença), bem como sintomas ao nível da organização (ex.: insatisfação com o emprego, mudança constante de posto de trabalho (turnover) e absentismo).



Como avaliar o Burnout

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Item	Exhaustion	Cynicism	Reduced Personal Accomplishment	Score
1. Trabalho exige demasiado tempo e energia	1	1	1	1
2. Trabalho exige demasiado esforço	1	1	1	1
3. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
4. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
5. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
6. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
7. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
8. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
9. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
10. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
11. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
12. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
13. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
14. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
15. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
16. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
17. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
18. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
19. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
20. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
21. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
22. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
23. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
24. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
25. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
26. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
27. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
28. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
29. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
30. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
31. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
32. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
33. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
34. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
35. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
36. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
37. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
38. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
39. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
40. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
41. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
42. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
43. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
44. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
45. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
46. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
47. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
48. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
49. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
50. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
51. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
52. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
53. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
54. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
55. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
56. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
57. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
58. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
59. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
60. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
61. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
62. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
63. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
64. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
65. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
66. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
67. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
68. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
69. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
70. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
71. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
72. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
73. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
74. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
75. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
76. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
77. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
78. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
79. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
80. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
81. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
82. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
83. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
84. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
85. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
86. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
87. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
88. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
89. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
90. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
91. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
92. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
93. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
94. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
95. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
96. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
97. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
98. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
99. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1
100. Trabalho exige demasiado conhecimento	1	1	1	1

O MBI é uma escala de avaliação de atitudes e sentimentos relacionados com o trabalho, geralmente utilizada em grupos profissionais como enfermeiros, psicólogos, médicos e professores e tem como objectivo avaliar os níveis de Burnout.

- Escala de tipo Likert de 7 pontos (de 0 nunca a 6 muitas vezes), com 22 itens, distribuídos por três sub-escalas:
 - Esgotamento emocional (itens 1, 2, 3, 6, 9, 13, 14, 16 e 20);
 - Despersonalização (itens 5, 10, 11, 15 e 22);
 - Realização profissional (itens 4, 7, 8, 12, 17, 18, 19 e 21).
- Resultado esgotamento:
 - Gravidade moderada: <17; baixo: entre 18 e 28; moderado: >30 elevado;
- Resultado despersonalização: grau de esgotamento: <5 baixo; entre 6 e 11; moderado: >12 elevado;
- Resultado realização:
 - Resultado elevado: grau de esgotamento: >40; baixo: entre 34 e 39 moderado: < 35 elevado.

Adaptado de Maslach & Jackson, 1981 (citado por Sá, 2002)

Estratégias de prevenção do burnout

- A estratégia de prevenção do burnout, resulta da combinação de estratégias dirigidas ao indivíduo e dirigidas à organização. No entanto, modificar uma organização laboral pode tornar-se difícil (dificuldades financeiras) e demora mais tempo do que organizar cursos de controlo do stress, para os trabalhadores, em que a sua eficácia destes cursos se pode revelar pouco significativa;
- Sera (1999) citado por Sá (2002), sugere uma intervenção preventiva da síndrome a três níveis: organizacional, de grupo e no indivíduo.
 - Organização devem ser criadas condições de natureza física social e administrativa que não se tornem nocivas para o trabalhador e, ao mesmo tempo, haja a possibilidade de serem gratificadas os aspectos positivos da actividade profissional;
 - No grupo em que o indivíduo se insere é importante avaliar até que ponto são legítimas as exigências que lhe estabelecem. É necessário que aprenda a lidar com elas e a saber lidar perfeitamente pessoas que possuem ditos-lhe apoio efectivo, sob o ponto de vista técnico, emocional e outro;
 - No indivíduo deve fazer-se-lhe sentir que a crise que atravessa se pode tornar uma fonte de crescimento pessoal, desde que seja capaz de avaliar o que o afecta, aprendendo a lidar e ultrapassar as dificuldades.

Estratégias de prevenção do burnout (cont.)

Estratégias dirigidas aos indivíduos	Estratégias a nível organizacional
Física de relaxamento	Redução da pressão de trabalho
Encontrar estilos de vida saudáveis	Apoio e desenvolvimento da carreira
Ter apoio social	Formação contínua
Boas capacidades comunicativas	Melhorar a comunicação, o processo de tomada de decisões e resolução de conflitos
Ter sentido de humor	direcção e formação para o gestão
	Redução do tempo de trabalho
	Rotinas e reconhecimento individual

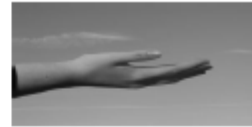
(Shaufeli, 1999 citado por Sá, 2002)

Sugestões para reforçar o bem-estar Mental

Sugestão 1 – Valorizar Positivamente as coisas boas que temos na nossa vida;



(Lich, 2009)



■ **Sugestão 2** – Colocar carinho nas actividades do dia a dia. A felicidade está escondida em cada passo. Não temos que enfrentar as rotinas diárias (trabalho, etc...) como um castigo. Há que encontrar nelas aspectos positivos e encará-las favoravelmente;

(Lich, 2009)

■ **Sugestão 3** – Não sermos severos connosco, nem com os demais. A tolerância, a compreensão, a flexibilidade são óptimos tónicos para a felicidade;



(Lich, 2009)

■ **Sugestão 4** – Não deixar que as emoções negativas bloqueiem a nossa vida;

(Lich, 2009)



■ **Sugestão 5** – Consciencializar os bons momentos quando os mesmos acontecem, desfrutar das coisas boas do presente, ao invés de viver do passado, ou esperar que aconteçam no futuro;

(Lich, 2009)



■ **Sugestão 6:** Não ter medo de chorar e sentir, no momento certo. Há que interpretar com normalidade os nossos sentimentos;

(Lich, 2009)



- **Sugestão 7 –** Procurar espaços e actividades que proporcionem o relaxamento mental (passear, ler, não fazer nada, jardinar, ouvir música, conversar e estar com os amigos,...)

(Jack, 2000)



- **Sugestão 8 –** Tentar resolver os problemas conforme vão surgindo, mesmo que nem sempre as soluções sejam as melhores. Acumular problemas só potencia o mal-estar;

(Jack, 2000)



- **Sugestão 9 –** Cuidar das relações interpessoais. Falar com os entes queridos, com os amigos, com os vizinhos, partilhar tertúlias com os colegas, etc...

(Jack, 2000)



- **Sugestão 10 –** Não esquecer de pintar a vida com humor para que esta tenha mais cor.

(Jack, 2000)



Coramio, M. (2004)

Considerações Finais



- A síndrome de burnout é entendida como um processo resultante da exposição prolongada ao tempo a uma carga elevada de stress ocupacional crónico. Parece ser uma síndrome característica dos profissionais que lidam directa e diariamente com pessoas que necessitam de ajuda;
- Os profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros serão provavelmente um dos grupos profissionais de maior risco, pelo seu envolvimento directo e constante com pessoas em sofrimento;
- É conceptualmente definido como um processo caracterizado por uma exaustão emocional elevada, sentimentos e atitudes de indiferença e desumanização dos serviços prestados e uma diminuição da realização pessoal dos profissionais envolvidos;
- Os indivíduos com elevados níveis de burnout terão tendência a desenvolver sintomatologia depressiva;
- O burnout no trabalho é um problema que atinge praticamente todos os grupos da população activa, sendo considerado provavelmente um dos maiores problemas de saúde no local de trabalho, particularmente nos enfermeiros. É prejudicial para os profissionais e pode interferir grandemente no relacionamento com os doentes, colegas e no funcionamento da organização. Acurva casos para todos os intervenientes, devendo ser prevenido e combatido.

Considerações Finais (cont.)



- Profissionais com mais idade e com mais tempo de serviço, apresentam geralmente níveis de burnout mais reduzido;
- Uma organização que promove activamente o compromisso dos seus trabalhadores torna-se uma organização mais eficaz;
- As estratégias preventivas deverão dirigir-se ao indivíduo e à organização;
- Mais importante do que eliminar os problemas, será criar novas possibilidades de os prevenir;
- Devido ao risco de burnout verificado a partir dos questionários ser médio são sugeridas algumas estratégias, tais como a criação de reuniões informais (espaço para expressão de sentimentos e emoções, relativos a casos clínicos), organização de encontros convívio extra serviço (actividades de grupo, desportivas e de lazer), recomenda a criação de grupos com apoio profissional (psicodrama, gestão de conflitos, psicoanálise de grupo, relaxamento, etc.) e formação em serviço.

**"Eu sou eu e a minha circunstância e,
se não a salvo a ela, não me salvo a mim"**



Ortega e Gasset
"Meditação de Quilista"

Obrigado pela vossa atenção

F I M



Referências Bibliográficas

DELBROUCK, Michel – *Síndrome de Escudo (Barrois)*. Lisboa: Clivipal Editores, 1ª Edição, 2004. ISBN: 972-796-228-9.

LLUNCH, Maria Teresa - "Associação de (a) saúde mental: critérios para criar rede". Sociedade Portuguesa de Intervenção de Saúde Mental, 2006;

SÁ, Luís Octávio - *Barrois e Góvilis: saúde e trabalho em esferas sociais - estudo correlacional*. Tese apresentada para a obtenção de grau de Mestre em Psicologia e Saúde Mental [Em Linha]. Porto: Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, 2002. [Consultado em 10 de Maio de 2011]. Disponível em: WWW.FEUP.PORTO/REPOSICAO/abstracao/abstracao.asp?ID=355024553_TM_01_Cap10;

SÁ, Luís Octávio - *O saúde mental e o bem-estar na saúde mental das esferas sociais*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental [Em Linha]. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2006. [Consultado em 12 de Maio de 2011]. Disponível em WWW <WWW.FEUP.PORTO/REPOSICAO/abstracao/abstracao.asp?ID=355024553_TM_01_Cap10>.

ANEXO XII – Sessão de Educação para a Saúde sobre DST e folheto informativo

PLANO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Formador: Sérgio Nogueira (Aluno do Curso De Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP)

Local: IDT/CRI de Braga – E.T. de Braga

1. Título da Intervenção: Doenças Sexualmente Transmissíveis			2. Nº de Sessões: 1	
3. Data: 31 de Maio de 2011	4. Local: Sala de Formação do CRI de Braga	5. Hora de Início: 14h30	6. Tempo duração: 35 minutos	
7. Destinatários: Todos os utentes do CRI de Braga que se inscreveram na sessão			8. Nº de Participantes: 9	
9. Fundamentação:				
<p>Doenças sexualmente transmissíveis (DST) são doenças infecciosas que se transmitem essencialmente (mas não só) durante uma relação sexual (tanto vaginal, anal ou oral), quer seja uma relação homossexual ou heterossexual, que se manifesta geralmente através em feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas.</p> <p>O termo mais correcto actualmente é o de Infecção Sexualmente Transmissível (IST) porque também inclui as infecções que não apresentam sintomas, contudo eu decidi utilizar as siglas DST durante a execução deste trabalho, por os utentes estarem mais familiarizados com este termo.</p> <p>Todos os anos aumentam o número de pessoas que sofrem de DST, devido à mudança de hábitos sexuais dos jovens; ter comportamentos de risco e ainda a falta de informação sobre DST, faz com que se desconheçam os sintomas, que se mantêm ocultos contribuindo para sua propagação.</p> <p>Os enfermeiros têm, neste tópico, uma intervenção fundamental no sentido de sensibilizar estes utentes para a problemática que são os seus comportamentos de risco para si próprios e para os outros. O dever do enfermeiro é informa-los sobre como identificar e prevenir estas DST.</p> <p>A escolha deste tema está relacionada com o deficit de conhecimentos que os utentes demonstraram aquando das consultas de Enfermagem para despistagem de HIV (Programa Klotho), os quais referiram conhecer somente como DST, o HIV/SIDA e a Hepatite B. Assim justifica-se a abordagem a esta temática, com uma finalidade formativa e preventiva sobre as DST.</p>				

1

10. Diagnósticos de Enfermagem:		
Défice de conhecimentos; Comportamento de procura de saúde presente;		
11. Objectivos Gerais:		12. Objectivos específicos:
<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os utentes para a problemática das DST; - Dotar os utentes de maiores conhecimentos acerca das DST. 		<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar quais os Sintomas característicos de cada DST; - Quais as formas de Contágio de cada DST; - Mostrar o que se pode fazer para prevenir o surgimento de DST; - Revelar quais os tratamentos disponíveis para cada patologia.
13. Conteúdos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Introdução: (5 minutos): - Apresentação; - Fundamentação do tema; - Definição de objectivos da formação; 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento: (20 minutos): - Abordagem Histórica às DST; - Conceito de DST; - As DST mais comuns: <ul style="list-style-type: none"> - VIH/SIDA; Hepatites; Sífilis; HPV (Vírus Papiloma Humano); - Herpes Genital; Candidíase Genital. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusão: (10 minutos): - Resumo Global - Clarificação de eventuais dúvidas - Avaliação da Formação - Distribuição de um folheto informativo - Encerramento
14. Recursos/Material:		15. Metodologias de Formação:
<ul style="list-style-type: none"> - Sala de Formação; - Data show e computador; 		<ul style="list-style-type: none"> - Expositivo/ Interactivo; - Utilização de meios Audiovisuais.
16. Tipo de Avaliação:		
- Aplicação de um questionário de Avaliação Quantitativa da acção de formação no final da sessão.		
17. Referências Bibliográficas:		
<ul style="list-style-type: none"> - CAETANO, Machado – <i>Educação da sexualidade – Na prevenção da SIDA in SA</i>, Eduardo. Quera-te: <i>Psicologia da Sexualidade</i>. Coimbra: Quarteto Editora. 2003. ISBN: 9789728717957; - OMS – Organização Mundial de Saúde – <i>Orientações para o tratamento de infeções sexualmente transmissíveis</i>. Genebra: OMS (ed.), 2005. ISBN 92 4 854626 9; - PHIPPS, Wílma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. – <i>Enfermagem Médica-Cirúrgica: conceitos e prática clínica</i>. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2003. Volume III. ISBN: 972-8383-65-7. 		

2



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRAGA

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E PSICUQUIATRIA

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (DST)


TRABALHO REALIZADO POR:
Enf.º Sérgio Nogueira

Braga, Maio de 2011



SUMÁRIO:

- > ABORDAGEM HISTÓRICA ÀS DST;
- > CONCEITO DE DST;
- > AS DST MAIS COMUNS:
 - VIH/SIDA;
 - Hepatites;
 - Sífilis;
 - HPV (Vírus papiloma humano);
 - Herpes Genital;
 - Candidíase Genital.
- > CONSIDERAÇÕES FINAIS;
- > REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.



A HISTÓRIA DAS DST

- As DST acompanham a história da humanidade. Durante a evolução da espécie humana, as DST afetam pessoas de todas as classes sociais, sexos e religiões;
- No tempo da Grécia antiga foram chamadas de doenças venéreas, como referência a Vénus, a Deusa do amor;
- A sífilis era uma das mais importantes e existe desde a Antiguidade Clássica (antes de Cristo), e durante toda a Idade Média;
- Com a descoberta da penicilina, na década de 40, as epidemias de algumas DST começaram a diminuir;
- Nos anos 60/70, com a descoberta da pílula anticoncepcional e com a maior liberdade sexual entre os jovens, voltam a aumentar o nº de casos de DST em todo o mundo.




CONCEITO DE DST

- O termo mais correcto actualmente é o de **Infeção Sexualmente Transmissível (IST)** porque também inclui as infeções que não apresentam sintomas;
- Doenças sexualmente transmissíveis (DST) são doenças infecciosas que se transmitem essencialmente (mas não só) durante uma relação sexual (trato vaginal, anal ou oral), quer seja uma relação homossexual ou heterossexual;
- Manifestam-se das seguintes formas: em feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas;
- Algumas DST são de fácil tratamento e de rápida resolução quando tratadas correctamente. Outras são de difícil tratamento ou permanecem latentes, apesar da falta sensação de melhoria;
- Podem resultar em complicações graves como infertilidade, aborto, cancro, morte atenuada assim como infeções em recém nascidos;




(Cont.)

- Todos os anos aumenta o número de pessoas que sofrem de DST, devido à mudança de hábitos sexuais dos jovens e ao aparecimento da SIDA;
- A falta de informação faz com que se desconheçam os sintomas, que se mantêm ocultos, o que contribui para a sua transmissão;
- São provocadas por bactérias, fungos e vírus e que se transmitem por contacto sexual íntimo, quando um dos parceiros se encontra infectado;
- Existem pelo menos 25 diferentes tipos de doenças sexualmente transmissíveis identificadas.



VIH/SIDA

- A SIDA (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) é uma doença provocada pelo vírus VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana);
- Este vírus introduz-se no organismo humano, podendo permanecer "inactivo", em média 8 a 10 anos (as pessoas chamam-se seropositivas), ou "activo", destruindo o sistema imunitário da pessoa;
- Um indivíduo infectado com este vírus pode contrair e desenvolver infeções oportunistas muito variadas ou mesmo tumores.
- A SIDA ainda não tem cura, mas tem tratamento.



VIH/SIDA (cont.)

SINTOMAS

- Pode não se ter qualquer sintoma ou, ter sintomas muito parecidos com uma gripe:
 - febre;
 - transpiração;
 - debilidade geral.
- Em cerca de 30% dos casos verifica-se também um edema dos gânglios do pescoço, axilas e virilhas. Se o edema **durar 3 meses**, quase podemos estar seguros que essa pessoa é portadora do vírus;
- Nesta fase mais avançada referem cansaço não habitual, perda de peso, suores nocturnos, falta de apetite, diarreia, queda de cabelo, pele seca e descamada e podem apresentar infeções graves (tuberculose, pneumonia, meningite entre outras).

VIH/SIDA (cont.)

PREVENÇÃO

- Como é óbvio, a única prevenção é não ter relações sexuais com portadores do vírus da SIDA. Como isto é impossível de se saber, na maioria dos casos – por vezes, nem o próprio portador sabe que a tem - a única prevenção possível é utilizar sempre o preservativo;
- O uso de preservativo é essencial mesmo quando as duas pessoas são seropositivas. Se não usarem preservativo, de cada vez que tiverem uma relação sexual estão a reinfectar-se mutuamente o que pode piorar ou acelerar a evolução da doença de cada um.

VIH/SIDA (cont.)

FORMAS DE CONTÁGIO	FORMAS DE NÃO CONTÁGIO
<ul style="list-style-type: none"> Parilhar seringas infectadas Ter relações sexuais com portadores Sexo oral Transmitido ao feto pela mãe Taxagens com agulhas não esterilizadas Parilhar objectos cortantes e pessoais (barbas, alicates de dentes, máquina de barbear...) 	<ul style="list-style-type: none"> Ficadas de insectos Contactos sociais e profissionais Utilizar casas de banho públicas Beijar, abraçar, tocar Parilhar roupa Brincar com portadores...

HEPATITES:

- A hepatite é uma inflamação do fígado, que pode ser causada por vários factores: agentes microbianos (vírus, bactérias, fungos) medicamentos, álcool, substâncias tóxicas...;
- A principal causa é, sem dúvida, a infecção por vírus;
- Dependendo do tipo de vírus que causa a hepatite, esta designa-se de hepatite A, B, C, D, E e G.

HEPATITE B

SINTOMAS	Os primeiros sintomas são fadiga, anorexia, dor nas costas, febre, icterícia, urina escura e fezes claras.
TRATAMENTO	A hepatite B aguda é tratada com repouso. Na hepatite crónica, caso se tenha desenvolvido, não há tratamento específico, sendo apenas monitorizada. O tratamento tem como objectivo a redução da carga viral.
TRANSMISSÃO	Esta doença é transmitida através do sangue e outros fluidos corporais, através de agulhas, seringas, transfusões de sangue e derivados, de mãe para bebé, de contacto sexual, de contacto com sangue infectado, de contacto com saliva.
FORMAS DE EVITAR CONTÁGIO	Não partilhar objectos pessoais e perfurantes que possam ser usados em contacto com sangue contaminado (agulhas e outros objectos de perfuração) e materiais de higiene pessoal (cavalinhos de dentes, máquina de barbear, etc.) Ter cuidado com o conteúdo de piercing, a realização de tatuagens e de procedimentos de estomatologia, pois os instrumentos utilizados têm de ser esterilizados.
VACINA	Existem vacinas contra a hepatite B desde 1981, com eficácia de 95%. É aplicada antes ou logo depois de partir-se sexualmente, desde que não se saiba se já foi infectado com o VHB. Está incluída no plano do Programa Nacional de Vacinação.

HEPATITE C

SINTOMAS	Em 75% dos casos os sintomas são semelhantes aos da hepatite B, porém, sem icterícia, febre, urina escura e fezes claras.
TRATAMENTO	O tratamento da hepatite C crónica faz-se com interferão, para impedir a multiplicação do vírus e reduzir a carga viral, devendo ser monitorizada a resposta. Em situações mais graves, de cirrose hepática avançada, é necessário fazer um transplante de fígado.
TRANSMISSÃO	Através do sangue de perfuração, sangue em contacto com o sangue. A transmissão por via sexual é rara, mas pode ocorrer. Em cerca de 65% dos casos infectados ocorre transmissão de mãe para filho. É importante evitar transfusões de sangue.
FORMAS DE EVITAR CONTÁGIO	Não usar agulhas de dentes, barbas, ou outros objectos de perfuração de uma pessoa que possa ter estado em contacto com sangue contaminado. Não partilhar seringas e outros objectos usados na preparação de drogas injetáveis e inaláveis. Tratar os feridos e proteger os seus pontos de agulhas. Usar preservativo em qualquer situação, incluindo-se com vários parceiros.
VACINA	Não existe uma vacina para a hepatite C.

SÍFILIS

- É provocada pela bactéria *Treponema pallidum*, que apesar de ser contagiosa e perigosa, é curável se for tratada a tempo;
- A Sífilis ataca qualquer tecido desde a pele aos ossos, fígado, órgãos genitais e olhos. O seu maior perigo é alcançar o sistema nervoso e o coração, o que pode levar à morte. A bactéria da sífilis, para sobreviver, precisa de um ambiente quente e húmido;
- SINTOMAS:**
Inicia-se 3 semanas geralmente no local da infeção na região genital, um pequeno nódulo rodeado que evolui para uma úlcera indolor. Na segunda fase da doença é a 6 semanas, há uma erupção cutânea com sintomas de mal-estar, febre, emagrecimento, fadiga, dores de cabeça e nas articulações. Até esta altura a doença é muito contagiosa, mas curável.

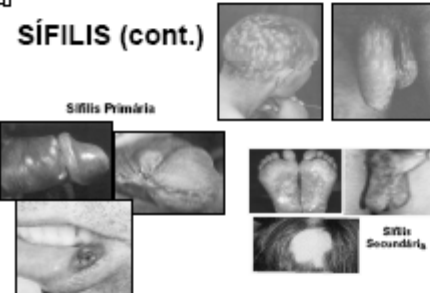


Resposta: Treponema Pallidum

SÍFILIS (cont.)

- FORMAS DE CONTÁGIO:**
Quase exclusivamente por contacto sexual. Um simples beijo em qualquer zona que tenha uma pequena ferida, é suficiente.
- PREVENÇÃO:**
O preservativo é muito eficaz e a mulher pode aplicar irrigações vaginais com líquidos desinfetantes suaves. Fazer análises durante a gravidez.
- TRATAMENTO:**
 - A sífilis, quando não é tratada, começa por afetar determinados órgãos vitais, tais como o coração, nervos e cérebro;
 - O tratamento também é feito à base de injeções (penicilina). A sífilis deve ser tratada o mais cedo possível;
 - As análises ao sangue devem ser regulares (VDRL e TPHA), durante dois anos, depois do tratamento.

SÍFILIS (cont.)



Sífilis Primária

Sífilis Secundária

HPV (Vírus Papiloma Humano)

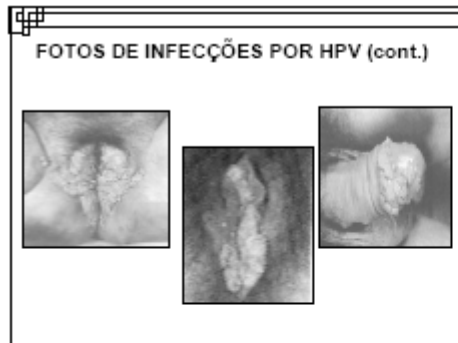
- Papilomavírus Humano (HPV) – agente responsável pelo cancro do colo do útero;
- O cancro do colo do útero é o segundo cancro mais frequente nas mulheres, a nível mundial;
- Em Portugal, são cerca de 350 as mulheres que morrem anualmente, vítimas de cancro do colo do útero, sendo diagnosticados 1 200 novos casos todos os anos;
- Este vírus, que pode causar cancro do colo do útero e do pénis;
- O surgimento de verrugas em qualquer parte dos genitais dos homens ou das mulheres é uma das manifestações da presença deste vírus;
- Após ter sido infectado com este vírus, geralmente leva entre 1 a 3 meses para as verrugas aparecerem nos genitais;
- SINAIS E SINTOMAS:**
 - Não são os pequenos indícios de cor rosada ou brancos ou indícios maiores em forma de couve-flor na área genital;
 - As verrugas podem aparecer à volta do pénis, do escroto ou do ânus;
 - Podem provocar coceira mas em geral não causam dor;
 - Se a mulher tem verrugas no colo do útero, isso pode causar um ligeiro sangramento ou, muito raramente, corrimento vaginal de uma cor involgür.

HPV (Vírus Papiloma Humano) (cont.)

- FORMAS DE CONTÁGIO:**
Transmite-se por contacto sexual com pessoas infectadas;
- PREVENÇÃO:**
 - 3 doses de vacinação contra o HPV (recomendada para mulheres até 26 anos, que não tenham iniciado a actividade sexual; meninas entre os 11 e os 13 anos);
 - Utilizar preservativo não garante total protecção contra o HPV;
 - Reduzir o nº de parceiros sexuais ou não ter relações sexuais, enquanto o problema não estiver tratado;
 - Uma grande percentagem de pessoas sexualmente activas podem estar infectadas. Fale com o seu parceiro!
- TRATAMENTO:**
 - O papiloma, a colposcopia, a biópsia e o teste de HPV (por detecção de ADN viral) são os métodos mais utilizados para o rastreio;
 - O tratamento da infecção por HPV pode ser feito utilizando-se diversos tipos de cirurgia, tratamentos químicos e imunoterapia com interferón;
 - As mulheres com cancro do colo do útero podem ser tratadas através de cirurgia, radioterapia, quimioterapia, radioterapia com quimioterapia ou uma combinação dos três métodos;

FOTOS DE INFECÇÕES POR HPV





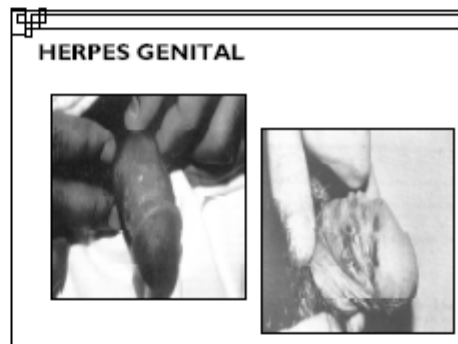
HERPES GENITAIS

- Afectam os órgãos genitais e as zonas envolventes. É causada pelo vírus Herpes Simplex;
- É uma doença dolorosa e episódica. Pode ser tratada, mas não tem cura definitiva e tem tendência a repetir-se.
- O vírus pode afectar a boca, a área genital, a pele à volta do ânus e os dedos;
- Após o primeiro surto de herpes, o vírus esconde-se nas fibras nervosas, onde permanece sem ser detectado e não causa sintomas;
- Os sintomas da primeira infecção geralmente aparecem 1 a 26 dias após o contágio e duram 2 a 3 semanas;

Vírus Herpes Simplex

HERPES GENITAIS (cont.)

- SINTOMAS:**
 - Comichão ou sensação de ardor na área genital ou anal;
 - Aparecimento de pequenas bolhas cheias de fluido que podem reborçar e deixar pequenas feridas que podem ser muito dolorosas;
 - Dor ao urinar se passar por cima de alguma das feridas abertas;
 - Sintomas parecidos aos da gripe, dor nas costas, dores de cabeça, gânglios inchados ou febre.
- FORMAS DE CONTÁGIO:**
 - Transmite-se por contacto sexual; menstruação genital, período menstrual, áreas fútil e pilositas.
- PREVENÇÃO:**
 - Abstenção de relações sexuais enquanto os sintomas durarem.
- TRATAMENTO:** Tratamento com antivírticos; Se infecção bacteriana associada, justifica-se a aplicação tópica de antibióticos.



CANDIDÍASE GENITAL

- Doença causada pelos fungos *Candida albicans*, que se desenvolvem num local quente e húmido da vagina;
- SINTOMAS:**
 - Comichão, inchaço, dor e corrimento tanto nos homens como nas mulheres.
 - As mulheres podem ter um corrimento branco espesso e dor ao urinar;
 - Os homens podem ter o mesmo corrimento no pénis e ter dificuldade para puxar o prepúcio para trás.
- FORMAS DE CONTÁGIO:**
 - Contacto sexual com alguém infectado ou multiplicação do fungo;
 - Usar roupa de nylon ou lycra muito apertada ou se está a tomar antibióticos.

CANDIDÍASE GENITAL (cont.)

- PREVENÇÃO:**
 - Abstinência sexual logo após o aparecimento da infecção e durante o tratamento;
 - O contágio pode ser prevenido usando preservativos durante as relações sexuais;
 - Ter uma boa higiene pessoal.
- TRATAMENTO:**
 - O tratamento da candidíase envolve tomar ou administrar tratamento antifúngico.

Fungos *Candida albicans*

Nota: Alguns diásporas, como a diabetes ou o hipotireóide, favorecem o aparecimento de candidíase, assim como a gravidez, irrigação vaginal e os tratamentos com corticóides e anti-alérgicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

SINAIS GRAVES DE ALERTA

Em caso de observação de qualquer alteração estranha nos órgãos sexuais justifica uma ida ao médico.

No **caso da mulher**, é altamente notar:

- Líquidos vaginais brancos e com mau cheiro;
- Coicção ou sensação de queimadura na vagina ou no ânus;
- Sensação de ardor ao urinar;
- Lesões na pele e mucosas dos órgãos sexuais;
- Dor na parte inferior do abdômen, sobretudo quando esta se repete com frequência.

No **caso do homem**, há que tomar medidas quando notar:

- Corimento, tipo pus, a sair do pênis;
- Lesões na pele e mucosas dos órgãos sexuais;
- Sensação de ardor ao urinar.

Após detectar estes sinais, a pessoa afetada deve alertar os parceiros sexuais, habituais ou ocasionais, a fim de que também eles (mesmo que não apresentem sinais evidentes de infeção) procurem um médico;

CONSIDERAÇÕES FINAIS (cont.)

- É muito importante que as pessoas que apresentem estes sinais não se criem sonâmbulas, com cremes, comprimidos ou "receitas caseiras/tradicionais", sem terem consultado um médico;
- O risco de contrair DST's é maior em relações sexuais com parceiros desconhecidos, múltiplos parceiros sexuais, ou parceiros ocasionais;
- É imprescindível o uso do preservativo, pois é a medida mais eficiente para prevenir estas infeções;
- Não esquecer de ter bons cuidados de higiene pessoal;
- A deteção precoce destas agenas sexualmente transmissíveis pode ajudar a prevenir algumas doenças e contribuir para o bem-estar da pessoa, bem como diminuir a sua propagação;
- Todas as mulheres que iniciaram a vida sexual, devem fazer regularmente o Papanicolaou; É aconselhável que se faça um check-up de saúde sexual, para fazer o rastreio das DST, se acha que teve um comportamento de risco;
- Não esquecer nunca que as aparências podem enganar!

FIM

Obrigado pela vossa atenção



Aproveite esta informação!

Evite comportamentos de risco

Consulte os profissionais de saúde e informe-se sobre o seu estado de saúde!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CAETANO, Machado - Educação da sexualidade - Na prevenção do SIDA In S.A. Eduardo, Quem-se Psicologia da Sexualidade. Coimbra: Quarta Editora, 2003. ISBN: 9789726717957;
- OMS - Organização Mundial de Saúde - Orientações para o tratamento de infeções sexualmente transmissíveis. Genebra: OMS (ed.), 2005. ISBN 92 4 854626 9;
- <http://www.sexaikidades.com/seccions.php?op=historico&seccid=6>
- http://www.dsmo.pt_scrip?ide=108&de=52

Folheto Informativo distribuído aos utentes no final da Sessão:

SÍFILIS

Tipo: Infecção por bactéria (*Treponema pallidum*).

Modos de transmissão: O meio mais comum de contrair a doença é através de contactos sexuais vaginais, orais ou anais. No entanto, pode ser disseminada por contaminação não sexual se as ulcerações ou as suas exsudações entrarem em contacto com uma zona de mucosa ou de pele não íntegra (ex: uma ferida ou arranhão) de um indivíduo saudável.

Sintomas: Na sua fase inicial a doença causa o aparecimento de lesões indolores, que geralmente se localizam nas zonas genitais, mas que também podem aparecer noutros locais do corpo. Se não tratada, a doença evolui para aparecimento de febre, inflamação da garganta, perda de cabelo, e gânglios inflamados em várias zonas do corpo.

Tratamento: A doença pode ser curada com penicilina. No entanto, as lesões que foram aparecendo nos vários órgãos, podem não sarar.

Possíveis consequências para a pessoa infectada: Se não tratada, a sífilis pode causar sérias lesões do coração, cérebro, olhos, sistema nervoso, ossos e articulações, podendo levar à morte. Uma pessoa com Sífilis activa tem um risco aumentado de contrair SIDA através da entrada do vírus HIV pelas lesões da pele.

Prevenção: A abstenção de relações sexuais com uma pessoa infectada é o único meio 100% seguro de evitar o contágio por transmissão sexual. Os preservativos ajudam a reduzir, mas não a eliminar totalmente o risco de contágio. É também importante ter cuidado em evitar o contacto com as lesões cutâneas de um doente sífilítico.



- As DST acompanham a história da humanidade. Durante a evolução da espécie humana, as DST têm infectado pessoas de todas as classes sociais, sexos e religiões;
- Com a descoberta da penicilina, na década de 40, as epidemias de algumas DST começaram a diminuir;
- Nos anos 60/70, com a descoberta da pílula anticoncepcional e com a maior liberdade sexual entre os jovens, voltam a aumentar o nº de casos de DST em todo o mundo;
- São causada por bactérias, fungos ou vírus, que se apanham por contacto sexual desprotegido, ou seja quando não se usa preservativo;
- A probabilidade de ter um DST aumenta com o nº de contactos sexuais desprotegidos;
- Algumas podem ser muito graves e ameaçar a vida, outras são menos graves, mas todas podem ser uma ameaça para a saúde e para o bem-estar;
- É importante saber como estas DST se manifestam, para as podermos detectar e actuar o mais rápido possível;
- As DST não são todas iguais, existem sinais e sintomas distintos que nos fazem suspeitar que temos um problema. Por vezes esses sinais e sintomas demoram tempo a aparecer, embora a pessoa já esteja infectada.

De seguida passo a descrever 3 das Doenças Sexualmente Transmissíveis mais Comuns.

SINAIS GRAVES DE ALERTA:

No **caso da mulher**, é alarmante notar: Líquidos vaginais brancos e com mau cheiro; Comichão ou sensação de queimadura na vagina ou no ânus; Sensação de ardor ao urinar; Lesões na pele e mucosas dos órgãos sexuais; Dor na parte inferior do abdómen, sobretudo quando esta se repete com frequência.

No **caso do homem**, há que tomar medidas quando notar: Corrimento, tipo pus, a sair do pênis; Lesões na pele e mucosas dos órgãos sexuais; Sensação de ardor ao urinar.

Após detectar algum destes sinais, a pessoa afectada deve alertar os parceiros sexuais, habituais ou ocasionais, a fim de que também eles procurem um médico.

Em caso de dúvidas: aconselhe-se junto de um profissional de Saúde

BIBLIOGRAFIA:

CAE L'ANU, Machado – Educação da sexualidade – No prevenção do SIDA in SA, Eduardo. *Quero-me: Psicologia da Sexualidade*. Coimbra: Quarta Editora. 2002. ISBN 9789728117921;

OPB – Organização Mundial de Saúde – *Orientações para o tratamento de infeções sexualmente transmissíveis*. Genebra: OPB (ed.). 2003. ISBN 92 4 634626 7;

PHIPPS, Wilma J.; S'ANUO, Judith K.; MAKER, Jane P. – *Doenças Médicas: Diagnóstico e prática clínica*. 6ª ed. Loures: Lusociência, 2002. Volume III. ISBN 972-8881-62-1.

Trabalho realizado no CRI, E.T. de Braga por:
• Int.ª Sargio Nogueira
(Aluno do Curso de Mestrado em Enfermagem da Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria – UCP, ICS)

VIH/SIDA:

Tipo: Infecção por vírus



Modos de transmissão: Sexo oral, vaginal e, em especial, sexo anal. Contacto com sangue infectado. Partilha de seringas com uma pessoa infectada. Através da uma mãe infectada, no útero, no parto, ou pelo aleitamento;

Sintomas: Algumas pessoas não têm quaisquer sintomas quando contraem a infecção. Outras podem ter sintomas semelhantes aos de uma gripe, incluindo febre, perda de apetite, perda de peso, fadiga e aumento dos gânglios. Os sintomas, quando presentes, geralmente desaparecem ao fim de uma semana a um mês, e o vírus pode ficar "adormecido" durante anos. No entanto, a pessoa passou a ser um veículo de contágio, e o vírus vai aos poucos destruindo o seu sistema imunitário, deixando o indivíduo cada vez mais indefeso perante as infecções oportunistas;

Tratamento: Não existe cura conhecida nem vacina. Utilizam-se com frequência anti-virais e antibióticos para combater as infecções oportunistas. Recomenda-se uma actividade física regular e uma alimentação saudável;

Possíveis consequências para a pessoa infectada: Todos os infectados com o VIH acabam por desenvolver a SIDA (que é o estado de doença propriamente dito) e as complicações com ela relacionadas;

Prevenção: A abstenção de relações sexuais com uma pessoa infectada é o único meio 100% seguro de evitar o contágio por transmissão sexual. Os preservativos ajudam a reduzir, mas não a eliminar totalmente o risco de contágio. Evitar partilha de seringas e ter cuidados ao manipular sangue ou objectos contaminados com sangue ou outros fluidos corporais infectados.

Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)



Será que você sabe mesmo tudo sobre este assunto?

Doenças sexualmente transmissíveis (DST) são doenças infecciosas que se transmitem essencialmente (mas não só) durante uma relação sexual (tanto vaginal, anal ou oral), quer seja numa relação homossexual ou heterossexual.

Todos os anos aumentam o número de pessoas que sofrem de DST, devido à mudança de hábitos sexuais dos jovens e à falta de informação que ainda existe acerca do assunto.

BRAGA, MAIO de 2011

HEPATITE B:

A Hepatite B é uma doença, causada por um vírus que ataca o fígado, este vírus encontra-se no sangue, na saliva, no suor, no espermatozóide e no corrimento vaginal das pessoas infectadas;

Tipo: Infecção do fígado por um vírus (HBV);

Modos de transmissão: Sexo vaginal, oral e anal. Partilha de seringas contaminadas. Tatuagens ou "piercing" com instrumentos não esterilizados. Através de transfusões ou contacto com sangue contaminado;

Sintomas: Pode existir sem aparecerem queixas; ou surgem manifestações como: febre, cefaleias, dores musculares, fadiga, perda de peso e de apetite, vómitos e diarreia, urina escura e icterícia (olhos e pele amarelos);

Tratamento: utiliza-se o interferão para impedir a multiplicação do vírus e estimular a destruição das células afectadas. Não existe cura. Cerca de 90% dos doentes evoluem para a recuperação, podendo manter-se portadores assintomáticos da doença. Cerca de 1% têm uma hepatite fulminante e morrem. Cerca de 2 a 6% tomam-se infectados crónicos, com hepatite crónica que pode evoluir para cirrose ou cancro do fígado;

Prevenção: A abstenção de relações sexuais com uma pessoa infectada é o único meio 100% seguro de evitar o contágio por transmissão sexual. Os preservativos ajudam a reduzir o risco de contágio. A vacina é altamente recomendada, é administrada em três doses e pode ser tomada por todos, desde que não estejam já infectados com o VHB.



ANEXO XIII – Questionário de avaliação da sessão aplicado aos utentes

Questionário de avaliação da sessão:

Acção de Formação: _____

Data: _____

Local de Realização: _____

No final desta acção de formação é importante conhecer a sua opinião sobre a forma como decorreu, pois essa informação irá contribuir para o aperfeiçoamento de acções futuras. Por favor, assinale a resposta mais adequada a cada questão.
É garantida a confidencialidade da informação disponibilizada.

Avaliação quantitativa da sessão de formação:

E a primeira vez que houve falar deste tema? Sim Não

Por favor assinale a resposta mais adequada, utilizando uma escala de 1 a 5 pontos:

1 – Nada 2- Muito Pouco 3- Pouco 4- Suficiente 5- Bastante

1. Numa escala crescente de 1 a 5, em quanto classifica a pertinência do tema abordado para a sua saúde?

1 2 3 4 5

2. Numa escala crescente de 1 a 5, em quanto classifica a clareza do tema abordado?

1 2 3 4 5

3. Numa escala crescente de 1 a 5, em quanto classifica a adequação dos recursos materiais utilizados?

1 2 3 4 5

4. Numa escala crescente de 1 a 5, quanto gostou da apresentação?

1 2 3 4 5

MUITO OBRIGADO!

**ANEXO XIV – Sessão
Psicoeducativa sobre
“Os malefícios das
drogas lícitas e ilícitas”**

PLANO DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Formador: Sérgio Nogueira (Aluno do Curso De Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP)

Local: CSBJ – Unidade de Desabilitação São Luis Gonzaga

1. Título da Intervenção: “Os malefícios das Drogas Lícitas e Ilícitas”			2. N° de Sessões: 1	
3. Data: 18 de Outubro 2011	4. Local: Sala de Lazer	5. Hora de Início: 17h00	6. Tempo duração: 35 minutos	
7. Destinatários: Todos os utentes internados			8. N° de Participantes: 5	
9. Fundamentação: Em Portugal, à semelhança de outros países, o consumo de substâncias lícitas (tabaco, álcool) e ilícitas (cannabis, heroína, cocaína, anfetaminas, etc), devido a sua escalada, tem trazido graves problemas a nível da saúde pública das populações, provocando alterações a nível do sistema nervoso central e consequentemente a susceptibilidade de dependência psicológica e física. O problema trazido pelas drogas e pelo álcool é tão nodivo à sociedade quanto ao indivíduo, cabendo à Enfermagem buscar uma abordagem que não seja punitiva e que tenha como foco principal a abstinência total pelo usuário sem, no entanto, transformar essa abstinência total como único sucesso possível. E preciso ter compromisso real para que ocorra o menor dano possível ao indivíduo e à sociedade, ou seja, quando não for possível a abstinência total que se persiga o objectivo da redução de danos (GONÇALVES E CRUZ, 2007).				
10. Diagnósticos de Enfermagem: Défice de conhecimentos; Comportamento de procura de saúde presente;				
11. Objectivos Gerais: - Sensibilizar sobre os efeitos que as diferentes drogas lícitas e ilícitas, provocam a nível físico, psíquico, familiar, social, profissional; - Incentivar mudança de comportamentos.		12. Objectivos específicos: - Sensibilizar sobre os efeitos do abuso no consumo de drogas Lícitas e Ilícitas; - Informar sobre os problemas físicos, psíquicos, familiares, sociais, profissionais provocados pelo consumo de drogas Lícitas e Ilícitas; - Esclarecer falsos conceitos relativos ao caso particular do álcool;		

1

		• Incentivar para a mudança de comportamentos.	
13. Conteúdos: • Introdução: (5 minutos): - Apresentação; - Fundamentação do tema; - Definição de objectivos da sessão;		• Desenvolvimento: (20 minutos): - Definição de Drogas - Drogas Lícitas vs Ilícitas - Tipo de Consumos - Motivos que levam a consumirem - Factores de risco e protectores - Classificação das substâncias psicoativas Estimulantes (Cocaína; Nicotina) Perturbadoras (Ecstasy, Cannabis) Depressoras (Benzodiazepinas; Heroína; Alcool) - O caso particular do álcool - Falsos conceitos relativos ao álcool - Alguns conselhos para reduzir ou parar o consumo de álcool	
14. Recursos/Material: - Sala de Formação; - Data show e computador;		• Conclusão: (10 minutos): - Resumo Global - Clarificação de eventuais dúvidas - Avaliação da Formação - Encerramento	
15. Metodologias de Formação: - Expositivo/ Interactivo/ Interrogativo; - Utilização de meios Audiovisuais.		16. Tipo de Avaliação: - Aplicação de um questionário de Avaliação Quantitativa da acção de formação no final da sessão.	
17. Referências Bibliográficas: - BORGES, Carina Ferreira & FILHO, Hilson Cunha – <i>Alcoolismo e Toxicodependências: Usos, Abusos e Dependências</i> . Lisboa: Climepsi Editores. 2004; - MOREL A., et al. – <i>Prevenção das toxicomanias</i> . Lisboa: Climepsi Editores. 2001; - MOREIRA, Paulo – <i>Para uma Prevenção que Previna</i> . Lisboa. Ed. Quarteto. 2001; - <i>Obra colectiva da FAD (tradução e adaptação para português Ferreira, Jaime - DR Algarve/SPPT; Informação geral para prevenção das toxicodependências; edição IPDT. 1999;</i> - GONÇALVES, D.P e CRUZ, S.N. – <i>A relevância das acções de enfermagem no tratamento da dependência química</i> . Revista Meio Ambiente Saúde. Brasil, 2007.			

2



CATÓLICA

UNIVERSIDADE PORTUGUESA

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

OS MALEFÍCIOS DAS DROGAS LICITAS E ILÍCITAS

Trabalho elaborado por: **Gr.º Sérgio Nogueira**

Braga, Outubro de 2011

SUMÁRIO:

OS MALEFÍCIOS DAS DROGAS LICITAS E ILÍCITAS

- Definição de Droga
- Drogas Lícitas vs Ilícitas
- Tipo de Consumos
- Modos que levam a consumos
- Factores de risco e protecções
- Classificação das substâncias psicoativas
 - Estimulantes (Cocaína; Nicotina)
 - Psedobedones (Ecstasy; Cannabis)
 - Depressoras (Benzodiazepinas; Heroína; Alcool)
- O caso particular do álcool
- Falsos conceitos relativos ao álcool
- Alguns conselhos para reduzir ou parar o consumo de álcool e/ou outras drogas


Referências Bibliográficas

DROGA: "todas as substâncias naturais ou sintéticas, cuja acção exercida no sistema nervoso modifica a consciência e o comportamento daqueles que as tomam".

DROGA PSICOACTIVA: "qualquer substância que altere o seu 'humor' (o torna triste, raivosa, deprimido), altera a sua 'percepção do ambiente externo' (tempo, localização, condições), ou altera a sua 'percepção do ambiente interno' (sonhos, imagens)"

HOLMBE (1997)

Drogas lícitas são aquelas permitidas por lei, as quais são compradas praticamente de maneira livre, e seu comércio é legal (ex: o álcool, o cigarro, medicação prescrita);



Drogas ilícitas são as cuja comercialização é proibida pela justiça, estas também são conhecidas como "drogas pesadas" e causam forte dependência (a heroína, a cocaína, o crack, o cannabis, o LSD e Ecstasy)


Tipos de Consumos:

- **Consumos experimentais**
 - Situações de contacto inicial com uma ou mais substâncias, das quais pode passar-se a um abandono, puro e simples, ou a um processo de continuidade
- **Consumos ocasionais**
 - Uso intermitente de uma ou mais substâncias sem qualquer periodicidade fixa e normalmente com intervalos bastante amplos de abstinência



Tipos de Consumos (cont.):

- **Consumos habituais**
 - Pressupõe uma utilização frequente de uma substância, o sujeito utiliza-a em determinadas ocasiões
- **Consumos compulsivos ou toxicodependências**
 - O indivíduo necessita da substância e toda a sua vida se desenvolve em torno desta, apesar das complicações que lhe pode provocar. Frequentemente o consumo já não é pelo prazer mas para aliviar o desprazer provocado pela falta da(s) substância(s).



De que consumos falamos?



Motivos que levam a consumirem:



- a busca de prazer
- o alívio de sofrimentos
- curiosidade
- atracção pelo proibido e pelo risco
- facilitar a comunicação
- procura da sensação relaxamento
- aumentar as sensações de prazer
- vontade de pertença a um grupo (pressão do grupo)
- reduzir a solidão e o aborrecimento
- diminuir a ansiedade
- esquecer os problemas
- o desejo de desinibição e diversão

Factores de Risco

- Baixa auto-estima; fraca tolerância à frustração; depressão, ansiedade, problemas de saúde mental
- Comportamentos anti-sociais precoces e atitudes favoráveis aos consumos; desvalorização das normas
- Uso precoce de drogas; pouca resistência à pressão de pares na adolescência; amigos que consomem drogas
- Famílias desagregadas ou em ruptura
- Famílias com disfunções ao nível da comunicação afectivo-emocional; conflitos familiares
- Uso de drogas por parte dos pais e atitudes favoráveis em relação às drogas

Factores de Protecção

- Boa auto-estima
- Capacidade de resolução de problemas
- Competências de relacionamento interpessoal
- Capacidade de tomada de decisões
- Capacidade de gestão da agressividade
- Famílias com envolvimento afectivo
- Padrões de comunicação claros
- Definição clara de papéis na família
- Famílias sem história de consumos abusivos
- Comunidades conscientes do problema e que expressam uma atitude desfavorável ao consumo
- Comunidades que promovem o fortalecimento dos laços entre os jovens e as instituições
- Comunidades que fornecem suporte social e alternativas saudáveis

CLASSIFICAÇÃO DAS SUBSTÂNCIAS PSICOACTIVAS

- **Estimulantes** (Cocaína; Nicotina; Anfetaminas; Speeds; Ecstasy)
- **Alucinógenas ou Perturbadoras** (Ecstasy; Cannabis; Acido Lisérgico (LSD); Cogumelos Mágicos; Poppers; Ketamina; Gama-Hidroxybutirato)
- **Depressoras** (Álcool; Heroína; Benzodiazepinas)

Estimulantes: Cocaína branca, gulosa, neve, base, coca, perica, fariopa



- Origem: Erythrina coca
- Acção rápida / curta duração
 - Efeito estimulante
 - Bem-estar, diminuição do cansaço
 - Euforia e força
- Efeitos secundários:
 - Desidratação / Sede
 - Nervosismo / Agitação / Tremores
 - Excitação sexual
 - Ataques de pânico
 - Diminuição do apetite e sede
 - Alterações de humor / Irritabilidade
 - Distúrbios alimentares e psicológicos (com uso prolongado)
 - Alterações cardíacas: agravamento de problemas cardíacos



Estimulantes: **NICOTINA**

• EFEITOS

- Induz dependência rápida
- Estimulante psicológico
- Relaxante físico
- Suprime o apetite
- Altera o sentido do gosto



• EFEITOS SECUNDÁRIOS

- Vertigem, náusea, irritabilidade, vasoconstrição e aumento a probabilidade de ocorrência de doenças oncológicas

Perturbadoras: **Cannabis** hashixe, charro, chamom, lãmba, marijuana, xito, erva, ganza, bilan, pólem, bolota, maconha

- Origem: canabidiol ativo (THC)
- Ação rápida



- Efeito relaxante e social, euforia inicial
- Psicadélico / alucinogénico

• Efeitos secundários:

- Estimulante do apetite
- Náusea, descoordenação motora
- Alucinações, paranoia e ansiedade
- Facilitador do desenvolvimento de doenças psiquiátricas (esquizofrenia, paranoia)
- Dores de cabeça, tonturas, náuseas, perda de memória e concentração, síndrome amotivacional (com uso regular)



Perturbadoras: **Ecstasy** pastilhas, XTC

- Derivado da amfetamina (MDMA)
- Início ação aprox. 20 min. / Duração 6 a 8 horas



- Efeito estimulante, aumento de energia/euforia
- Facilitador da comunicação e empatia
- Alteração da percepção da realidade

• Efeitos secundários:

- Primeiro efeito: sensações estranhas e intensas (náuseas e perda de noção do espaço)
- Alterações de humor, irritabilidade, nervosismo, agitação, ansiedade
- Insónias
- Aumento da temperatura corporal
- Dermatites
- Aceleração do ritmo cardíaco: agravamento de problemas cardíacos
- Consumo contínuo: distúrbios alimentares, depressão, alucinações, surtos psicóticos ou paranoias

Depressoras: **BENZODIAZEPINAS** ou Dru...

- EXEMPLOS – Serenol®, Lexotan®,



Dormicum®, Xanax®, entre outros;

- São os fármacos mais prescritos e abusados;

- EFEITOS – têm um efeito depressor do Sistema Nervoso Central e provocam forte dependência física;

- São muitas vezes associadas ao consumo de álcool

Depressoras: **Heroína, Heroa, cavalo, castanha, chinesa, pó**

• EFEITOS:

- Depressor do Sistema Nervoso Central;
- É vendida sob a forma de um pó castanho e o seu efeito dura aproximadamente 4 horas;
- É um derivado do ópio e como tal é um poderoso analgésico, o que produz uma sensação de alienação total



EFEITOS SECUNDÁRIOS:

- Provoca uma forte dependência física e como tal a sua falta desencadeia uma ressaca brutal.

Os sintomas incluem: espasmos musculares, vômitos, diarreia, pingo no nariz, arrepios, suores e insónias

- A dependência da heroína pode levar anos a ultrapassar

Depressoras: **Álcool**

Álcool – Produto resultante de fermentação de açúcares de numerosos produtos de origem vegetal (frutas, mel, cereais) sob a influência de micro-organismos ou leveduras.

Alcoólico – Todo aquele que perdeu a liberdade de se abster de ingerir bebidas alcoólicas, podendo apresentar perturbações físicas, psíquicas, familiares, económicas e sociais.

- Nível máximo 1,5h após ingestão (pico mais baixo se for ingerido com alimentos)
- Efeito desinibidor – euforia inicial
- Posteriormente depressão do SNC

Efeitos secundários

- Intoxicação Aguda
- Ressaca



Depressoras: Álcool (Cont.)

- **Intoxicação Aguda:**
 - Sonoência
 - Desorientação
 - Descoordenação motora
 - Visão turva
 - Apatia
 - Diminuição da capacidade de reacção
 - Diminuição da capacidade de escuta/compreensão
 - Perda de controlo
 - Desidratação e hipotensão
 - Perda de consciência / memória
 - Coma e morte (em excesso)



- **Ressaca:**
 - Dores de cabeça
 - Depressão
 - Náuseas / vômitos / enjoos
 - Tremores
 - Dores musculares
 - Irritabilidade
 - Suores

O caso particular do Álcool

1. As Perturbações Orgânicas:

- ▶ **A nível ocular:** inflamações do nervo óptico, cegueira,...
- ▶ **A nível muscular:** atrofia muscular; diminuição da força muscular,...
- ▶ **Sistema osteoarticular:** reumatismo, dores de coluna, alterações do ciclo,...
- ▶ **Sistema nervoso:** crises convulsivas, delírium tremens, demência,...
- ▶ **Sistema digestivo:** alterações na digestão e na absorção intestinal,...

- **A nível do Fígado:**
 - Hepatite alcoólica
 - Insuficiência hepática alcoólica
 - Cirrose alcoólica
- **A nível Cardiovascular:**
 - Alterações do ritmo cardíaco
 - Hipertensão arterial
 - Acidentes vasculares cerebrais
 - Morte súbita



O caso particular do Álcool (Cont.)

2. As Perturbações Psíquicas:

- Confusão mental
- Alteração do estado de consciência
- Alterações da linguagem e racionalidade
- Delírios de várias ordens
- Perda do controlo e desequilíbrio
- Demência



O caso particular do Álcool (cont.)

3. A VIOLÊNCIA FAMILIAR

"Nos problemas conjugais que redundam em violência doméstica dirigida às mulheres, o agressor está sob o efeito do álcool em 14% dos casos"

Lourenço, 1997



"O álcool está presente em 20% das situações de maus tratos infantis, aumentando esta percentagem para 49% se falarmos apenas de maus tratos físicos"

Almeida, 1992

"Existência de situações de alcoolismo em 84,5% das famílias envolvidas em situações de maus tratos físicos"

Areiro, 1986

O caso particular do Álcool (cont.)

4. NO TRABALHO

Os problemas decorrentes do consumo de álcool afectam todas as classes profissionais



Actividades profissionais exigentes do ponto de vista:

- das capacidades físicas como:
 - construção civil agricultura
- do contacto com o público como:
 - Hotelaria distribuição postal

• Afectam a produtividade das empresas e podem levar a acidentes de trabalho, por vezes fatais.

O caso particular do Álcool (cont.)

5. NA CONDUÇÃO

Acidentalidade Rodoviária \Rightarrow uma das principais causas de mortalidade no mundo (1 milhão e 230 mil mortes por ano), mais do que qualquer tumor.

Portugal \Rightarrow país europeu com a taxa de mortalidade por acidentes de viação mais elevada. Última década morreram 23.500 indivíduos (20219 adicionais a 14% dos feridos graves que vêm a falecer segundo o factor de correcção sugerido pelo Eurostat) e ficaram feridos cerca de 660.000.

-mais de 2000 mortes por acidentes na estrada por ano \Rightarrow elevada relação directa com o consumo abusivo de bebidas alcoólicas.




O caso particular do Álcool (cont.)
5. NA CONDUÇÃO (cont.)
 Alteração das capacidades já com 0.1 mg/ ml

	mg/ml	
Serdão crítico	0,8	Atenção
	0,7	Controlo da velocidade
	0,6	Processamento da informação
Perturbação da audição	0,5	Perda de 30% da visão periférica
	0,4	Coordenação
	0,3	Movimentos oculares
Respostas às situações de emergência	0,2	Controlo da direcção, perda de 10% da visão periférica
	0,1	Débito de atenção, da função visual
	0,0	Sem alterações



Falsos Conceitos Sobre O Álcool




- O ÁLCOOL AQUECE.
- O ÁLCOOL DÁ FORÇA.
- O ÁLCOOL AJUDA A DIGESTÃO.
- O ÁLCOOL MATA A SEDE.
- O ÁLCOOL É UM MEDICAMENTO.
- O ÁLCOOL ALIMENTA.

O Álcool Aquece?

O álcool tem um efeito vaso-dilatador que é responsável pelo rubor e pela sensação de calor à superfície da pele.


Na verdade, o que se verifica é um aumento da temperatura cutânea (por passar a haver uma maior circulação periférica de sangue) uma vez que a ingestão de álcool provoca uma vasodilatação cutânea.



O Álcool Dá Força?

O álcool tem uma acção estimulante e anestésica que encobre a fadiga muscular.


A ingestão de bebidas alcoólicas, em vez de relaxamento, provoca euforia, adormece a sensação de fadiga e dá a ilusão de uma nova energia.



O Álcool Ajuda a Digestão?

Comer a ponto de ficar "cheio", dificulta a digestão e é muitas vezes motivo para que se utilizem bebidas alcoólicas - digestivas (aguardente, whisky, etc.) com o intuito de ajudar a digerir os alimentos.

O que acontece é que o álcool provoca um esvaziamento gástrico mais rápido, facilitando a passagem dos alimentos para o intestino, sem que estejam completamente digeridos.



O Álcool Alimenta?



Apesar do álcool fornecer 7 kilocalorias por grama, são consideradas vazias. Esta energia é pouco rentável quando comparada com a que é fornecida pelos nutrientes energéticos existentes nos alimentos.

O Álcool É Um Medicamento?

Devido ao já falado efeito anestésico do etanol, alguns dos sintomas apresentados pelos indivíduos doentes são atenuados sob o efeito do álcool.



No entanto, a verdade é que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, diminui drasticamente as defesas do organismo.

Por outro lado, o tal efeito anestésico tem um efeito perverso, pois se aumenta a sensação de "bem-estar" do indivíduo, por outro, vai causar sintomas que são a forma de o organismo sinalizar alguns defeitos.

Alguns conselhos para reduzir ou parar o consumo de álcool e/ou outras Drogas:



- Evitar pessoas, situações e locais ligados aos consumos;
- No caso do álcool, abster-se de beber bebidas alcoólicas se já teve problemas ligados ao álcool. Ou então beber devagar, com pequenos goles, diluir as bebidas alcoólicas, não participar em rodadas e alternar bebidas com e sem álcool;
- Permitir a ajuda de familiares e procurar ajuda de profissionais de saúde especializados (CRI's; Unidades de Desabitação; Comunidades Terapêuticas, etc...);
- Procurar Terapias de grupo e grupos de auto-ajuda - Alcoólicos Anónimos (AA) ou Narcóticos Anónimos (NA).

Dúvidas!?



Obrigado pela Atenção!

Referências Bibliográficas:

- BORGES, Carina Ferreira & FILHO, Hilson Cunha - *Alcoolismo e Toxicodependências: Usos, Abusos e Dependências*. Lisboa: Climepsi Editores, 2004;
- MOREL A., et al. - *Prevenção das toxicomanias*. Lisboa: Climepsi Editores, 2001;
- MOREIRA, Paulo - *Para uma Prevenção que Previna*. Lisboa. Ed. Quarteto, 2001;
- *Obra colectiva da FAD (tradução e adaptação para português Ferreira, Jaime - DR Algarve/SPIT; Informação geral para prevenção das toxicodependências; edição IPD7, 1999.*

ANEXO XV – Estudo de caso do Sr. F.M.



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

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

ESTUDO DE CASO

**MÓDULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM UNIDADES DE
INTERVENÇÃO NA CRISE DE ADULTOS**

Supervisor: Professora Emília Preciosa Carvalho

Tutoria: Enfermeiro Leonel

Discente: Sérgio Nogueira (nº 361610013)

**Local de Estágio: CSBJ – Unidade Desabilitação - S. Luís
Gonzaga**

Braga, Outubro de 2011

Guilhotinas, pelouros e castelos
Resvalam longamente em procissão;
Volteiam-me crepúsculos amarelos,
Mordidos, doentios de roxidão.

Batem asas d'auréola aos meus ouvidos,
Grifam-me sons de cor e de perfumes,
Ferem-me os olhos turbilhões de gumes,
Desce-me a alma, sangram-me os sentidos.

Respiro-me no ar que ao longe vem,
Da luz que me ilumina participo;
Quero reunir-me, e todo me dissipo –
Luto, estrebuchos... Em vão! Silvo pra além...

Corro em volta de mim sem me encontrar...
Tudo oscila e se abate como espuma...
Um disco de ouro surge a voitar...
Fecho os meus olhos com pavor da bruma...

Que droga foi a que me inoculei?
Ópio d'inferno em vez de paraíso?...
Que sortilégio a mim próprio lancei?
Como é que em dor genial eu me eterizo?

Nem ópio nem morfina. O que me ardeu,
Foi álcool mais raro e penetrante:
É só de mim que eu ando delirante –
Manhã tão forte que me anoiteceu.

LISTA DE SIGLAS

AUDIT - Alcohol Use Disorder Identification Test

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRI – Centro de Respostas Integradas

CSBJ – Casa de Saúde do Bom Jesus

ET – Equipa de Tratamento

IDT – Instituto da Droga e Toxicodependência

IRP – Inventário de resolução de Problemas

NIC – *Nursing Interventions Classification*

PNSM – Plano Nacional de Saúde Mental

INDÍCE DE TABELAS

Tabela 1 – Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente.....	245
Tabela 2 – Diagnóstico de Enfermagem: Dependente do consumo de álcool em grau elevado.....	246
Tabela 3 – Diagnóstico de Enfermagem: Insónia Presente.....	246
Tabela 4 – Diagnóstico de Enfermagem: Sonolência Presente.....	247
Tabela 5 – Diagnóstico de Enfermagem: Alucinação Visual Presente.....	248
Tabela 6 – Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Recaída.....	248
Tabela 7 – Diagnóstico de Enfermagem: Aceitação presente em grau moderado.....	249
Tabela 8 – Diagnóstico de Enfermagem: Estratégias de Coping presentes em grau moderado.....	250

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO	231
1. ABORDAGEM AO CONSUMO EXCESSIVO DE ALCOOL E CO-MORBILIDADE	233
1.1. O Tratamento	235
2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	238
3. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO	239
3.1. História Clínica de Enfermagem do utente.....	239
3.2. Plano de Cuidados de Enfermagem para o utente.....	245
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	251
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	252

ANEXO

Anexo A - Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

0. INTRODUÇÃO

Este trabalho é realizado no âmbito do Estágio do Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidades de intervenção na crise de adultos, inserido no Curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, da Universidade Católica Portuguesa (UCP) – Instituto de Ciências da Saúde (ICS) no Porto. Foi-me proposto a elaboração de um estudo de caso, referente a um utente internado na unidade de Desabituação de São Luís – Casa de Saúde do Bom Jesus em Braga, onde me encontro a realizar este estágio.

Considero que a exploração e explanação de um estudo de caso serve de pretexto para compreender a realidade que encontro nesta unidade. Pretende ainda levar-me a reflectir sobre a concepção de cuidados e o processo de tomada de decisão mais adequado, estimulando assim, as minhas capacidades cognitivas, crítica e reflexiva.

Deste modo, o caso que pretendo explorar é o do Sr. F.M. de 35 anos, deu entrada na Unidade, pela 4ª vez, como duplo diagnóstico de abuso de substância psicoactiva (álcool) e Esquizofrenia, encaminhado pelo CRI/E.T. de Braga. Após um diálogo com o utente, este deu-me autorização para ser objecto de estudo deste trabalho.

Os objectivos deste estudo de caso são:

- Aprofundar conhecimentos sobre a dependência alcoólica e co-morbilidade (Esquizofrenia);
- Aprofundar os conhecimentos relativamente a antecedentes clínicos do utente;
- Saber realizar uma avaliação psiquiátrica eficazmente;
- Realizar um plano de cuidados adequado ao estado do utente, para desta forma, poder aplicar as intervenções planeadas, de maneira a diminuir os diagnósticos nele presentes ao longo do internamento;
- Outra dos objectivos passa por desenvolver capacidades comunicacionais e de empatia de modo a estabelecer uma relação de ajuda

As metodologias utilizadas neste trabalho, passam pela metodologia descritiva, ao relatar de forma escrita o caso do Sr. F.M. e os cuidados a ele prestados durante o tempo que esteve internado na unidade. Utilizei também a entrevista de forma a obter e registar os dados indispensáveis para elaboração da avaliação psiquiátrica do utente. A observação directa do estado geral do doente; a pesquisa de dados a partir dos diversos registos que fazem parte do processo do utente, especialmente os dados contidos na proposta de internamento do CRI/ET de Braga, dados relativos à sua avaliação inicial de Enfermagem, registos diários de Enfermagem (actuais e dos internamentos anteriores), registos Médicos, folha de terapêutica,

entre outros, permitiram-me obter uma vasto leque de informações sobre o utente em estudo. Realizei ainda algumas pesquisas bibliográficas e cibernéticas.

Para uma mais fácil compreensão, este trabalho foi dividido em cinco partes. Inicio com a presente Introdução, onde é feita uma retrospectiva dos temas a abordar neste estudo de caso, qual a metodologia utilizada e os objectivos que pretendo atingir. Segue-se uma abordagem ao consumo excessivo de álcool e co-morbilidade. Prossigo com a explicação dos instrumentos de avaliação utilizados para este estudo de caso. De seguida apresento a caracterização do estudo de caso, com a História Clínica de Enfermagem, efectuada ao Sr. F.M., seguida do respectivo Plano de cuidados, onde faço o levantamento dos diagnósticos de Enfermagem, planeamento e avaliação das intervenções de Enfermagem. Termino com umas considerações finais ao estudo de caso e referências Bibliográficas utilizadas.

A escolha do Sr. F.M. para desenvolver o presente estudo de caso, prende-se principalmente, pela relação empática e de confiança que pude estabelecer com este utente em internamentos anteriores na unidade, e também pela minha passagem no CRI/ET de Braga, aquando do estágio na área das substâncias aditivas, em que pude interagir frequentemente com este utente. Por outro lado, o facto de este utente ser reincidente neste tipo de internamentos e de se tratar de um caso de duplo diagnóstico de consumos abusivos de álcool e Esquizofrenia, proporcionou-me um estudo de caso mais completo e abrangente.

1. Abordagem ao consumo excessivo de álcool e co-morbilidade

Segundo o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM) os estudos epidemiológicos das perturbações psiquiátricas e os problemas de saúde mental tornaram-se a principal causa de incapacidade e uma das principais causas de morbilidade, nas sociedades actuais. A peso das perturbações mentais como a depressão, dependência do álcool, demências e esquizofrenia foi seriamente subestimada no passado, devido ao facto de as abordagens tradicionais apenas considerarem os índices de mortalidade, ignorando o número de anos vividos com incapacidade provocada pela doença (Portugal, 2008). De acordo com o mesmo plano, das 10 principais causas de incapacidade, 5 estão relacionadas com perturbações psiquiátricas.

A síndrome de dependência do álcool (SDA) é caracterizada por sinais e sintomas comportamentais, fisiológicos e cognitivos na qual o uso do álcool alcança uma grande prioridade na vida de um indivíduo e as demais actividades passam a um segundo plano. (Edwards et. al., 1999).

Alcoólicos são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico.

Segundo Pateiro (2000), o abuso do álcool constitui um problema fisiopatológico em que todos os tecidos do organismo poderão ser afectados com gravidade variável, dependendo do tempo de duração da dependência alcoólica, da quantidade total de álcool ingerida durante esse tempo e das características fisiológicas de cada indivíduo. Simultaneamente, ocorre um funcionamento social e/ou ocupacional prejudicado, traduzindo-se em situações de violência, absentismo laboral ou escolar, perda de emprego, dificuldades legais (detenção por comportamentos e acidentes de trânsito enquanto intoxicado) e discussões ou dificuldades/problemas familiares ou com amigos causadas pelo consumo excessivo de álcool.

O Sr. F.M. tem como diagnósticos clínicos *“abuso de substâncias psicoactivas”* e *“Esquizofrenia”*, estas situações de diagnósticos duplos são comuns e são designadas de co-morbilidade, que significa *“a combinação de uma perturbação psiquiátrica grave e o abuso ou dependência de substâncias”* (Marques-Teixeira, 2000).

A co-morbilidade é comum nos doentes dependentes de substâncias. Estudos demonstram que existe *“uma alta prevalência para a co-ocorrência de perturbações psiquiátricas e abuso de substâncias, com uma maior incidência de consumo de substâncias entre os doentes com perturbações psiquiátricas do que na população geral”* (Marques-Teixeira, 2000). Face a esta realidade pareceu-me essencial abordar este tema neste contexto de Estágio.

Estudos demonstram que existe *“uma alta prevalência para a co-ocorrência de perturbações psiquiátricas e abuso de substâncias, com uma maior incidência de consumo de substâncias entre os doentes com perturbações psiquiátricas do que na população geral”* (Ibidem).

A relação entre o consumo de substâncias e o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas ainda não está devidamente estabelecido, mas sabe-se que *“o abuso de substâncias, particularmente do álcool, cannabinóides, alucinogéneos e estimulantes podem produzir directamente sintomas psicóticos em doentes que não apresentam qualquer patologia psiquiátrica, como podem também precipitar perturbações psicóticas em pessoas predispostas”* (Idem).

Para além do problema com o álcool, o utente apresenta Esquizofrenia, que *“é uma doença de personalidade total que afecta a zona central do eu e altera toda a estrutura vivencial”* (Marques-Teixeira, 2007).

Esta patologia encerra em si o estereótipo do louco e do doente psiquiátrico e ainda existe um grande estigma sobre ela. *“Os doentes com esquizofrenia ocupam 25% das camas em Psiquiatria e representam 50% dos internamentos”* (Harrison, P.; Geddes, J. e Sharpe, M., 2006).

A sua etiologia não é totalmente conhecida, mas supõe-se que as duas principais causas etiológicas sejam a alteração da dopamina (excesso de actividade neuronal dependente da dopamina no cérebro que pode estar relacionada à maior produção ou libertação da substância em terminais nervosos, maior susceptibilidade dos receptores ou menor actividade dos antagonistas da dopamina) e a hereditariedade.

Esta psicose manifesta-se em regra em jovens adultos e caracteriza-se por uma coexistência de sintomatologia positiva (novos sintomas ou sinais), como delírios (normalmente persecutórios), alucinações (normalmente visuais e na 3ª pessoa), pensamento e discurso desorganizado e sintomatologia negativa (perda de uma função), como embotamento da afectividade, pobreza de discurso, avolição, dificuldade no pensamento abstracto, falta de espontaneidade, entre outros.

O tratamento da esquizofrenia apresenta duas frentes: as intervenções farmacológicas, que reduzem ou eliminam sintomas psicóticos, sendo os fármacos mais utilizados os antipsicóticos, os estabilizadores de humor, as benzodiazepinas e a electroconvulsivoterapia. E as intervenções psicossociais, nomeadamente intervenções com o objectivo da reabilitação e da inserção social. Estas intervenções não devem ser instituídas até o doente apresentar *insight* sobre a situação, pelo que por vezes é difícil aplica-las.

No caso clínico em análise, o tratamento farmacológico instituído no domicílio, pelo terapeuta do CRI/ET de Braga, para o senhor F.M., inclui:

- Zypreza 10mg PO
- Trazadona 80mg PO
- Rivotril 2mg PO
- Anatensol decanoato 75mg IM (1 vez por mês)

1.1. O TRATAMENTO

Uma vez diagnosticado o alcoolismo o maior desafio será planejar o tratamento ou combinação de tratamentos / medidas que satisfaçam as necessidades pessoais do alcoólico, tendo em conta uma equipa multidisciplinar – enfermeiros, médicos generalistas, psiquiatras, neurologistas, gastroenterologistas, psicólogos, nutricionistas, técnicos de serviço social, terapeutas ocupacionais, entre outros (Pateiro et al., 2000).

O tratamento do alcoolismo inicia-se, em geral, por um período de hospitalização extremamente curto, em relação à duração do tratamento de recuperação. O tratamento do alcoólico, iniciado ambulatoriamente, sem internamento em estabelecimento hospitalar, é difícil, embora existam exemplos de sucesso. As características do alcoólico crónico em Portugal, as circunstâncias e ambiente sócio-cultural, o grau geralmente avançado da sua impregnação crónica são, entre outros, aspectos que tornam difícil um tratamento exclusivamente ambulatório do doente (Mello, 2001).

O Sr. F.M. já teve oportunidades de tratamentos anteriores, no entanto não obteve sucesso destes. Pelo facto de o utente já apresentar alguns sintomas de abstinência (tremores, cefaleias, sudorese, náuseas), e também uma patologia psiquiátrica, que mostra sinais de começar a ficar descompensada, apresenta assim, critérios para tratamento em regime de internamento. Sendo que este tipo de abordagem, tem como principal objectivo a sua recuperação integral, no sentido físico, mental e relacional.

O tratamento do doente alcoólico crónico desenrola-se em várias etapas, que Mello *et al.* (2001) concebe da seguinte forma:

- O primeiro contacto, o reconhecimento e a avaliação da situação;
- A desintoxicação, isto é, o tratamento dos efeitos tóxicos e metabólicos causados pelo álcool, nomeadamente nos sintomas e quadros de privação alcoólica, e ainda a correcção das complicações físicas e psíquicas;
- Outros tratamentos farmacológicos;
- Desenvolvimento de um programa psicoterapêutico de apoio e recuperação do indivíduo, de reinserção sócio-familiar e laboral e de motivação para a opção de um novo estilo de vida assente numa total abstinência alcoólica.

Relativamente ao tratamento farmacológico, podem ser prescritos vários tipos de fármacos. Porém, o objectivo é semelhante para todos eles; diminuir o desconforto de uma abstinência grave, ajustando a dose conforme os sintomas (Griffith, 2005).

Assim, é de primordial importância iniciar tão cedo quanto possível a abordagem psicossocial do alcoolismo tentando sempre envolver a família. Diversas estratégias podem ser adoptadas que visem a promoção do tratamento, tais como: a terapia comportamental, a terapia de grupo, grupos de reabilitação e a promoção da saúde, ao indivíduo e família (Pateiro *et al.*, 2000).

A Modificação do Comportamento visa, no tratamento do alcoolismo, desencorajar comportamentos de bebida. A terapia comportamental pode ser um bom instrumento, visto que reduz os níveis de ansiedade e promove o auto – controlo, através, quer de reforços positivos quer de reforços adversivos. Nos reforços positivos, é frequente utilizar-se recompensas para o comportamento de não beber, bem como incrementar a responsabilidade e a autonomia do alcoólico. No que diz respeito, aos reforços adversivos, recorre-se, usualmente, a instrumentos farmacológicos que bloqueiam a acção enzimática necessária à metabolização do álcool, de modo a que, apenas um gole possa causar grandes náuseas, vómitos, palpitações e prostração geral. Tais sintomas, tenderão a criar aversão pelo álcool, evitando-o (Pateiro *et al.*, 2000).

A Terapia de Grupo cria um meio em que o alcoólico pode, num clima de compreensão e apoio, reconhecer e aceitar que existe um problema com a bebida; expressar as suas emoções e preocupações; desenvolver mecanismos adaptativos para lidar com situações passíveis de ansiedade (PATEIRO *et al.*, 2000). *“Nos múltiplos aspectos de um processo de grupo, na sua dinâmica, nomeadamente nas projecções recíprocas, nos fenómenos de espelho, nas sucessivas identificações, na “diluição” da transferência, no “calor humano” vivenciável, na sua função catártica e contínua da expressão de afectos, na reaprendizagem de relações, etc. assenta o efeito psicoterapêutico do grupo”* (Mello, 2001).

Dentro dos Grupos de Reabilitação, formados por alcoólicos assumidos, o principal objectivo é que as pessoas que formam o grupo permaneçam sóbrias, ajudando ao mesmo tempo os novos elementos do grupo a atingirem e manterem a sobriedade, reconhecendo que a recuperação é um processo permanente ao longo da vida. A abordagem centra-se nos lemas: *“estar sóbrio hoje”* e *“encarar cada dia como único”*. É o programa de tratamento com mais sucesso (Pateiro *et al.*, 2000).

Por fim a promoção da saúde ganha corpo no facto de o alcoólico frequentemente necessitar de medidas que visem a promoção da sua saúde devido a apresentarem com frequência um estado de saúde debilitado. De entre essas medidas podemos destacar a alimentação equilibrada; programas de exercício adequados ao nível de resistência e estado de saúde do

indivíduo, visando que este restabeleça a sua mobilidade e auto-cuidado; assistência adequada no caso de serem utilizadas outras drogas e promoção de restabelecimento dos padrões de sono e repouso (Pateiro *et al.*, 2000).

Contudo, embora a utilização destas terapias tenha vantagens terapêuticas descritas, a sua implementação ainda não é uma realidade generalizada, devido à falta de recursos humanos especializados, ou da falta de aposta das mais diferentes instituições na utilização desses recursos, por uma questão economicista. Deste modo, o tratamento de primeira linha nas patologias aditivas continua a ser a farmacoterapia.

A Farmacoterapia é o tratamento mais utilizado no tratamento das dependências, que passa pelo recurso a fármacos com vista ao controlo dos sintomas, para que *“o doente se sinta emocionalmente mais confortável (...) ficando mais receptivo e capaz de se centrar na terapia”* (Neeb, 2000).

2. INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Na realização deste estudo de caso foi aplicado como instrumento de avaliação o *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT).

O AUDIT, de Babor Saunders e Marcus Grant, é um método de detecção precoce de problemas por consumo de álcool, desenvolvido e recomendado pela Organização Mundial de Saúde a partir de 1989, inicialmente para uso em contexto de cuidados de saúde primários. O teste é composto por dez perguntas, das quais três são dirigidas ao consumo (frequência e quantidade), três à dependência e quatro a problemas causados pelo consumo. As perguntas de um a oito fornecem respostas numa escala de zero a quatro pontos; e as respostas às perguntas nove e dez cotam-se com zero, dois e quatro pontos. Os resultados expressam-se em valores entre zero e quarenta. Deste modo, pontuações de um a sete são considerados “consumos de baixo risco”; pontuações de oito a dezanove como “consumo nocivo/abuso” e indicadores de vinte a quarenta como “consumo problemático”. Em geral, uma pontuação igual ou maior a um na pergunta dois ou na pergunta três indica um consumo de risco. Uma pontuação maior a zero nas perguntas quatro a seis, especialmente com sintomas diários ou semanais, implica a presença ou o início de uma dependência. Os pontos obtidos nas perguntas sete a dez indicam que já existem danos relacionados com o consumo de álcool (Babor *et al.*, 2001).

Este teste apresenta as seguintes vantagens:

- Breve, rápido e flexível;
- Foi validado em seis países diferentes, nomeadamente Portugal, permitindo uma standardização internacional.
- É consistente com as definições do CID-10 de dependência e de consumo prejudicial de álcool e centra-se no consumo recente de álcool.

No presente estudo de caso o resultado do teste foi de 33 valores, o que identifica consumos problemáticos e uma dependência face ao consumo de álcool (anexo A).

3. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO DE CASO

3.1. História Clínica de Enfermagem do utente

A História Clínica de Enfermagem é o primeiro passo para todos os cuidados de Enfermagem, só conhecendo a pessoa podemos identificar os seus problemas e determinar focos de atenção e intervenções estruturadas.

A avaliação de Enfermagem deve ser completa e sequencial, abordando a totalidade das dimensões da pessoa humana, da forma mais completa possível.

A informação que a seguir se apresenta foi resultado de uma entrevista clínica com o doente e da pesquisa do seu processo clínico.

História Biopsicossocial

- **Nome:** F.M.
- **Nome favorito:** F.
- **Sexo:** masculino
- **Idade:** 35 anos
- **D.N.:** 30.08.1976
- **Estado Civil:** Solteiro
- **Agregado familiar composto por:** Mãe, Pai, Utente e um irmão mais velho.
- **Residência:** ---
- **Unidade de Saúde:** Centro de Saúde Braga III - Infias
- **Naturalidade:** Maputo – Moçambique.
- **Nacionalidade:** Portuguesa
- **Habilitações Literárias:** 10º ano
- **Profissão:** Historial de vários empregos
- **Situação profissional:** Reformado por invalidez.
- **Religião:** Ateu
- **Pessoa a contactar:** ---
- **Relação de parentesco/vizinhança:** Refere conflitos com a família alargada, nomeadamente com uma tia que é sua vizinha e com a vizinhança.

Processo do adoecer

Relativamente aos consumos, refere ter iniciado hábitos tabágicos com 14/15 anos, porque “se sentia mais adulto e com mais estilo” (cit.).

Com 15/16 anos iniciou o consumo de “charros” com os amigos.

Aos 17 anos iniciou o consumo de cocaína fumada e haxixe, através de um amigo que lhe fornecia, que manteve até aos 23 anos.

Aos 19 anos, iniciou consumo esporádico de heroína fumada e iniciou acompanhamento na ET de Braga e foi-lhe diagnosticada psicose esquizofrénica, apresentando alucinações auditivas (“ouvia vozes que me diziam para roubar e partir coisas” [cit.]) e visuais (“via pessoas a tentar esfaquear-me e a mulher com quem me casei pela internet aparecia no meu quarto por teletransporte e tentava esfaquear-me também” [cit.]) associadas ao consumo de opiáceos. Segundo o utente, a partir dos 24 anos, o consumo de heroína passou a ser contínuo. Refere que consumia cocaína para ficar mais enérgico e excitado e que consumia heroína para “esquecer-se de tudo” (cit.).

No momento da admissão na unidade, o doente refere estar abstémico para cocaína e heroína desde Outubro de 2010. Nega consumo de drogas injectadas. Depois de deixar de consumir heroína e cocaína, o utente começou a abusar das bebidas alcoólicas (cerca de 3 a 4 litros de vinho e/ou cerveja).

História actual de doença

- **Diagnóstico:**

- Consumo de substâncias psicoactivas (Álcool)
- Psicose esquizofrénica

- **Aceitação do estado de Saúde:** Tem conhecimento dos seus diagnósticos de doença.

Apresenta pouca crítica para a sua situação de saúde, embora admita alterações no comportamento.

História psiquiátrica

- **Acompanhamento em consulta:** na ET de Braga, por Psiquiatria, desde 1999.

- **Internamentos anteriores/datas/motivo de internamento:** Segundo o processo clínico, o utente teve três internamentos anteriores na Unidade de São Luis, que cumpriu.

- **Reacção aos internamentos:** Refere ter reagido bem e aceite o tratamento.

- **Adesão / Gestão do Regime Terapêutico:** adere ao regime terapêutico

- **Resposta à medicação:** Segundo registos Psiquiátricos, a medicação tem efeitos positivos na sintomatologia psicótica, embora ainda permaneçam alguns sintomas.

- **Psicoterapia:** Acompanhado em consultas de Psicologia Clínica, no CRI/ET de Braga

- **Medicação Domiciliária (nome/dose/horário):**

- Rivotril 2mg PO (1+1+1)
- Zypreza 10 mg PO (1+0+1)
- Trazadona 80mg PO (0+0+1)
- Anatsol decanoato 75mg IM (3 em 3 semanas)

Vivência da doença/adaptação à doença

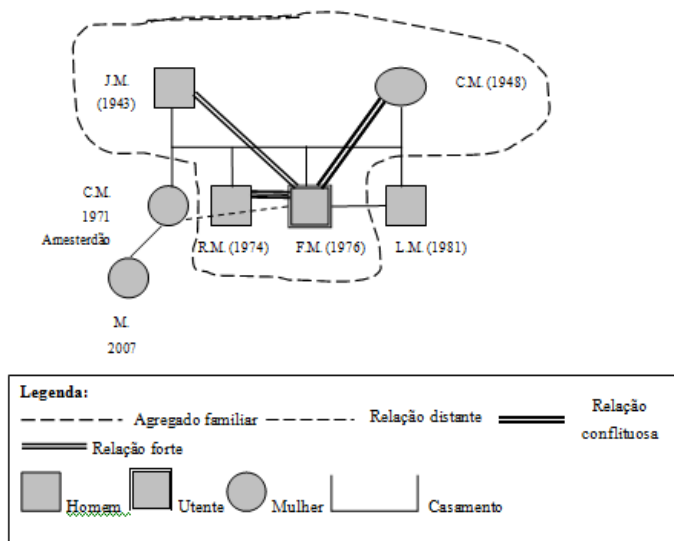
O utente aceita a sua esquizofrenia e a dependência de substâncias e atribui o seu desenvolvimento a uma “predisposição natural e ao ambiente social” (cit). Refere ainda que os “grandes génios são esquizofrénicos” (cit)

História clínica

- **Outras doenças:** Hepatite B.
- **Acidentes/traumatismos:** O utente refere um acidente de viação em 2000, que teve como consequência um traumatismo parietal, contudo não existe nenhuma referência no processo clínico.
- **Alergias:** desconhece.
- **Próteses, dispositivos de auxílio:** ausentes.

História familiar

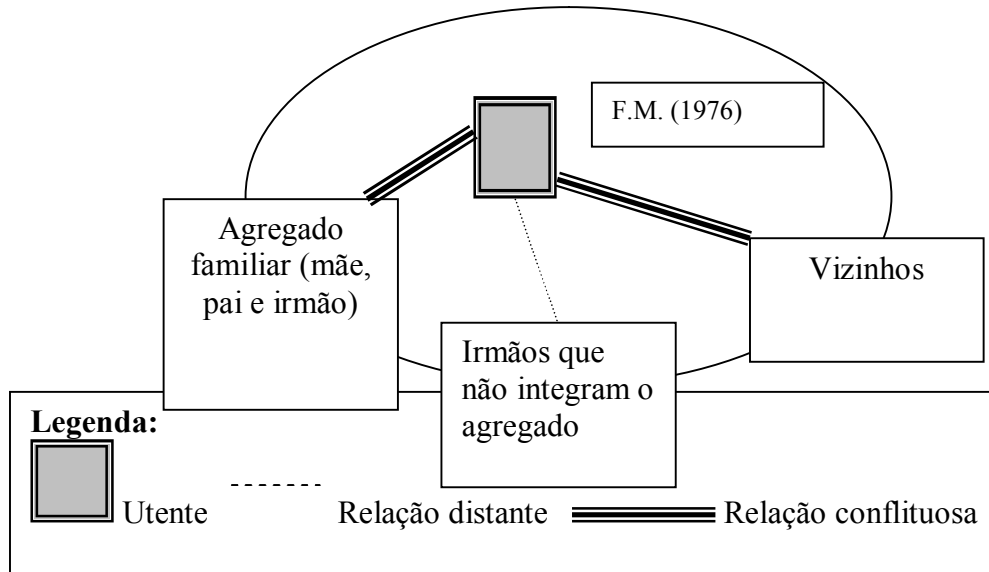
- **História de doença psiquiátrica:** Segundo o processo clínico não existem antecedentes psiquiátricos na família. Segundo o utente, um primo do pai já falecido teria esquizofrenia e o irmão mais velho terá história de isolamento social e de internamentos na Casa de Saúde São João de Deus.
- **Genograma e Carta familiar**



História social

- **Reacção das pessoas significativas à doença:** Segundo o utente, os pais sofrem com esta situação. Inclusivamente, no processo clínico do utente existe uma carta do pai pedindo o internamento do filho, em 2008. Os irmãos que estão fora do agregado também não aceitam a situação e tentam convencer o irmão a resolver o problema.

- **Ecomapa**



História do desenvolvimento

- **História da Infância:** Vivia em Maputo, veio para Portugal com 7 anos. Refere que teve uma infância feliz. Não existem registos de perturbações psiquiátricas.
- **História da Adolescência:** Iniciou os consumos durante o início da adolescência, primeiro sozinho, depois na companhia de amigos. Refere que reprovou no 7º ano e que começou a não gostar das aulas porque o subestimavam. Refere também vários namoros curtos.
- **História da idade adulta:** Aos 19 anos foi-lhe diagnosticada esquizofrenia. Iniciou consumo de heroína fumada. Tem historial de múltiplos empregos, desde empregado de mesa, a serralheiro, nos quais não permaneceu muito tempo, porque segundo o doente “não se adaptava ao sistema” (cit).

História ocupacional e Educacional

- **Nível de funcionamento escolar:** Terminou o 10º ano, reprovou no 7º ano e refere que era subestimado pelos professores.
- **Nível de funcionamento no trabalho:** Tem trabalhos temporários, nos quais não se adapta. Neste momento está reformado por invalidez.

Exame físico

- **Sinais vitais:**
 - Tensão arterial: 104/84 mmHg
 - Pulso: 98 bpm
 - Respiração: 13 cpm
 - Temperatura: 36°C
 - Dor: 0
- **Estado nutricional:**
 - Peso: 72Kg
 - Altura: 1,77m

- Índice de Massa Corporal: 23 (normal)
- **Cabeça/trono/membros:**
 - Assimétrico: não.
 - Deformidades: não.
 - Cicatrizes: não.
 - Próteses: não.
- **Pele e mucosas:**
 - Coradas, hidratadas e íntegras.
 - Sem edemas.
- **Visão:** normal.
- **Audição:** normal.

Hábitos de vida

- **Autocuidado higiene:** independente.
- **Autocuidado vestuário:** independente.
- **Autocuidado arranjar-se:** independente.
- **Autocuidado comer:** independente.
 - Nº de refeições/dia: Come várias vezes ao dia, não sabe especificar o número de vezes. Refere ingerir mais refeições rápidas e alimentos quentes.
- **Autocuidado beber:** independente. Refere beber pouca água.
- **Autocuidado actividade recreativa:** Refere gostar muito de ler.
- **Autocuidado actividade física:** Refere realizar artes marciais e caminhar.
- **Autocuidado sono-reposo:**
 - Horas de sono: 7h/noite
 - Repouso durante o dia: Ocasional.
 - Recursos a medicação: Sim. Trazadona 80mg PO.
 - Qualidade do sono: Refere ter sono reparador.
 - Insónia: Refere que por vezes tem insónia inicial e tardia.
- **Eliminação:**
 - Intestinal: 3/3 dias. Refere tendência a obstipação.
 - Urinária: Micções abundantes. Sem dificuldade.
- **Estilos de vida, na actualidade:**
 - Uso de substâncias, actual:
 - Álcool
 - Tabaco
 - Consumiu cocaína, heroína e haxixe estando agora abstinente.
 - Quantidades/dia:
 - 3 a 4 litros de cerveja ou vinho
 - 10 Cigarros/dia.

- Data de início de consumo:
 - Bebe desde os 15 anos mas só começou a abusar aos 34 anos
 - Fuma desde os 14/15 anos.
- Padrão de consumo:
 - Consumo de álcool diário às refeições e fora delas, normalmente sozinho (Foi aplicado o AUDIT ao utente apresentando um score de 33 pontos o que indica que o utente está fortemente dependente do álcool)
 - Tabaco: consumo diário.

Exame psicológico

• Interação social:

- Relação (contacto): fácil.
- Estado de consciência: Escala de Coma de Glasgow = 15.
- Comunicação: não alterada.
- Orientação: temporal, espacial, alopsíquica e autopsíquica presentes.
- Comportamento: adequado.
- Humor: eufímico.

• **Personalidade:** neurótica e instável, com períodos de impulsividade (segundo informação do processo clínico do utente), com traços de manipulação.

• Memória:

- Sem amnésia.
- Sem fobias.

• **Afectividade:** egocêntrica e instável (segundo informação do processo clínico do utente)

- Percepção: refere que há cerca de 1 mês teve alucinações visuais com a própria sombra. Actualmente sem alterações da percepção.

• Pensamento:

- Alterado quanto ao curso: com fuga de ideais.
- Alterado quanto à forma: ilógico.
- Alterado quanto ao conteúdo: delírio de grandeza, refere que só os génios são esquizofrénicos

• **Ansiedade:** apresenta-se ansioso e inquieto

• **Auto-estima:** Sem alterações da auto-estima.

Expectativas

- Com o actual tratamento, o utente refere querer ficar abstinente do álcool e de todas as drogas que já consumiu, e ao mesmo tempo aproximar-se mais da Família.

3.2. Plano de Cuidados de Enfermagem

Após a abordagem geral do caso clínico do Sr. F.M., que deu entrada no dia 05.10.2011 e teve alta no dia 20.10.2011, segue-se uma proposta de plano de cuidados de enfermagem para dar resposta às necessidades durante o internamento na Unidade de Desabituação de São Luis.

Foco: ANSIEDADE: “ <i>Emoção com as características específicas: sentimentos de ameaça, perigo ou angustia sem causa conhecida, acompanhados de pânico, diminuição da autoconfiança, aumento da tensão muscular e do pulso, pele pálida, aumento da transpiração, suor na palma das mãos. Pupilas dilatadas e voz trémula.</i> ”(CIPE,2002,p.85)		
Actividades de Diagnóstico: Vigiar comportamento do utente	Dados relevantes para o diagnóstico: Utente com características de ansiedade na primeira semana de internamento, relacionada com ausência dos consumos, e pensamentos sobre o álcool.	
Data Início: 05.10.2011	Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente em grau moderado	Data de Termo: 18.10.2011
Objectivos: Promover a diminuição da ansiedade		
Início:	Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	Termo:
06/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> - Usar uma abordagem calma e segura; - Explicar todos os procedimentos, inclusive sensações que o paciente possa ter durante o internamento; - Ajudar o utente no reconhecimento de sentimentos de ansiedade, raiva e tristeza; - Encorajar o utente na expressão de sentimentos; - Identificar com o utente o que desencadeia as emoções; - Oferecer actividades que promovam a redução de ansiedade; - Executar técnica de relaxamento; - Observar a presença de sinais verbais e não verbais de ansiedade; - Administrar medicação para redução de ansiedade, de acordo com prescrição. 	18.10.2011
Actividades de Avaliação: Avaliar sinais de ansiedade no utente		
Resultados Obtidos: Após a primeira semana de internamento o Sr. F.M., refere que se sente mais confiante, em relação ao futuro. Refere ausência dos sinais de ansiedade presentes no início do internamento, e diminuição dos pensamentos relacionados com o álcool.		

Tabela 1 – Diagnóstico de Enfermagem: Ansiedade presente

Foco: USO DE ÁLCOOL: <i>“Uso de substâncias com as características específicas: uso regular de álcool como estimulante; habitualmente vinho, cerveja ou bebidas espirituosas”</i> (CIPE, 2002, p. 48)		
Actividades de Diagnóstico: Vigiar comportamento do utente;	Dados relevantes para o diagnóstico: Utente com consumo de três litros de cerveja e algum vinho no domicílio.	
Data Início: 05.10.2011	Diagnóstico de Enfermagem: Dependente do consumo de álcool em grau elevado	Data de Termo: 20.10.2011
Objectivos: Promover comportamentos sem uso de substâncias		
Início:	Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	Termo:
05.10.2011	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar história de consumo; - Informar sobre a problemática e suas consequências; - Identificar factores que contribuíram para a dependência; - Orientar para participar em grupos de auto-ajuda, - Orientar o utente sobre a adopção de novos estilos da vida; - Incentivar a participação em actividades, - Planear e executar escuta activa; - Informar sobre a dependência e o consumo de álcool; - Reforçar a hidratação oral; - Vigiar e prevenir síndrome de abstinência alcoólica; - Promover apoio emocional; - Administração de terapêutica prescrita; - Avaliar cumprimento do regime terapêutico. 	20.10.2011
Actividades de Avaliação: Avaliar comportamento do utente durante o internamento.		
Resultados Obtidos: Utente apresentou um comportamento adequado ao longo do internamento. Participou nas actividades propostas. Cumprir o regime terapêutico de forma eficaz. Utente apresentou durante três dias um síndrome de abstinência ligeiro.		

Tabela 2 – Diagnóstico de Enfermagem: Dependente do consumo de álcool em grau elevado

Foco: INSÓNIA: <i>“Sono com as características específicas: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas”</i> (CIPE, 2002, p. 75)		
Actividades de Diagnóstico: Vigiar sono	Dados relevantes para o diagnóstico: Utente refere insónia inicial e tardia no domicílio	
Data Início: 06.10.2011	Diagnóstico de Enfermagem: Insónia presente	Data de Termo: 15.10.2011

Objectivos: Promover um padrão de sono adequado ao utente		
Início:	Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	Termo:
06/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> - Investigar o padrão de sono do cliente (no domicilio, 2-3 horas); - Vigiar sono (insónia inicial e tardia); - Gerir ambiente físico; - Executar técnica de relaxamento (de forma a eliminar situações stressantes antes de deitar); - Proporcionar pequenos períodos de sono diurno, se necessário; - Administrar terapêutica em SOS. 	15.10.2011
Actividades de Avaliação: Vigiar sono		
Resultados Obtidos: Horas de sono actual 7 horas por noite; Padrão de sono mantido;		

Tabela 3 – Diagnóstico de Enfermagem: Insónia Presente

Foco: SONOLÊNCIA: <i>“Consciência com as características específicas: Torpor pernicioso, adormecimento não natural”</i> (CIPE, 2002, p. 97)		
Actividades de Diagnóstico: Vigiar sonolência		Dados relevantes para o diagnóstico: Utente apresenta sonolência diurna induzida pela medicação
Data Início: 06.10.2011	Diagnóstico de Enfermagem: Sonolência presente	Data de Termo: 09.10.2011
Objectivos: Promover um sono adequado		
Início:	Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	Termo:
06/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar sinais vitais; - Vigiar sono; - Avaliar estado de consciência; - Avaliar capacidade de reacção a estímulos do utente; - Gerir ambiente físico; - Administrar terapêutica prescrita. 	09.10.2011
Actividades de Avaliação: Vigiar estado de consciência		
Resultados Obtidos: Utente apresenta-se desperto durante o dia e consegue participar nas actividades da unidade		

Tabela 4 – Diagnóstico de Enfermagem: Sonolência Presente

Foco: ALUCINAÇÃO: “é um tipo de percepção com as características específicas: aparente registo de estímulos sensoriais que realmente não estão presentes; classificam-se, de acordo com os sentidos, em alucinações auditivas, visuais, olfactivas, gustativas ou tácteis” (CIPE, 2002, p.45)		
Actividades de Diagnóstico: Vigiar comportamento do utente		Dados relevantes para o diagnóstico: O doente referiu nas últimas semanas ter alucinações visuais
Data Início: 06.10.2011	Diagnóstico de Enfermagem: Alucinação Visual, presente	Data de Termo: 07.10.2011
Objectivos: Manter o utente num ambiente seguro e orientado para a realidade		
Início:	Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	Termo:
06/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir comunicação (aproximar-se ao doente com calma; comunicar com frases simples, directas e descritivas; incentivar comunicação clara e aberta; evitar discutir com o doente sobre a validade das alucinações); - Executar escuta activa; - Incentivar para a focalização na realidade; - Vigiar evolução das alucinações e as suas características; - Gerir medicação em SOS. 	07.10.2011
Actividades de Avaliação: Vigiar o estado de consciência		
Resultados Obtidos: Foi possível observar durante dois dias a ocorrência de alucinações visuais no utente, sendo que até ao final do internamento o utente, não apresentou mais alucinações.		

Tabela 5 – Diagnóstico de Enfermagem: Alucinação Visual Presente

Foco: RECAÍDA: “Evento ou episódio com as características específicas: recorrência de doença ou condição na qual o tratamento terminou, reaparição de sintomas anteriores, voltar à condição ou hábitos indesejáveis; história de conclusão do tratamento nos episódios anteriores, algum período de tempo antes do reaparecimento dos sintomas, condição ou hábito” (CIPE, 2002, p. 151)		
Actividades de Diagnóstico: Prevenir recaída		Dados relevantes para o diagnóstico: O utente encontra-se a realizar quarto tratamento
Data Início: 10.10.2011	Diagnóstico de Enfermagem: Risco de recaída	Data de Termo:
Objectivos: Prevenir risco de recaída		
Início:	Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	Termo:

10/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> - Promover escuta activa; - Gerir ambiente; - Promover relação de ajuda; - Promover a modificação de comportamentos; - Promover apoio emocional; - Incentivar a participação em actividades; - Informar sobre recursos sociais/comunitários/familiares; - Informar o utente sobre recaídas; - Informar utente sobre principais factores de recaída; - Incentivar a verbalização de sentimentos/medos; - Realizar sessão de Psicoeducação alusiva “Aos malefícios das drogas Licitas e Ilícitas” 	
Actividades de Avaliação: Utente demonstra conhecimentos sobre a necessidade de não voltar a consumir álcool.		
Resultados Obtidos: Durante o internamento, principalmente na última semana, foram realizadas consultas de enfermagem com o utente, no sentido de alertar o utente sobre desvantagens do consumo, problemas relacionados e estratégias de prevenção de recaídas. Trata-se de uma intervenção sem termo, porque devem ser promovidas e reforçadas após alta.		

Tabela 6 – Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Recaída

Foco: ACEITAÇÃO: <i>“Processo de coping com as características específicas: gerir e controlar ao longo do tempo, eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão, restrição de comportamentos destrutivos”</i> (CIPE, 2002, p.)		
Actividades de Diagnóstico: Promover a aceitação		Dados relevantes para o diagnóstico:
Data Início: 10.10.2011	Diagnóstico de Enfermagem: Aceitação presente em grau moderado	Data de Termo:
Objectivos: Promover aceitação		
Início:	Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	Termo:
10/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> - Promover comportamentos assertivos; - Incentivar a participação em actividades de grupo; - Executar técnica de relaxamento; - Facilitar a verbalização de sentimentos e emoções; - Executar escuta activa. 	
Actividades de Avaliação: Promover a aceitação do utente, consigo mesmo		
Resultados Obtidos: Capacidade de aceitação reforçada. Trata-se de uma actividade sem termo, porque devem ser mantidas as intervenções de enfermagem após alta do utente.		

Tabela 7 – Diagnóstico de Enfermagem: Aceitação presente em grau moderado

Foco: <i>COPING: “Atitude com as características específicas: disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da autoestima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição de stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico” (CIPE, 2002, p. 80)</i>		
Actividades de Diagnóstico: - Promover estratégias de <i>coping</i> ;		Dados relevantes para o diagnóstico:
Data Início: 10.10.2011	Diagnóstico de Enfermagem: Estratégias de <i>coping</i> presentes em grau moderado	Data de Termo:
Objectivos: Promover estratégias de <i>coping</i> eficazes		
Início:	Intervenções de Enfermagem (actividades que concretizam a intervenção)	Termo:
10/10/2011	<ul style="list-style-type: none"> - Planear escuta activa; - Promover a utilização de estratégias de <i>coping</i> adequadas; - Reflectir com o utente sobre estratégias de resolução de problemas; - Encorajar a pessoa a identificar os pontos fortes; - Ajudar na identificação de sistemas de suporte disponíveis; - Valorizar/elogar estratégias de <i>coping</i> eficazes. 	
Actividades de Avaliação: Promover estratégias de <i>coping</i> eficazes		
Resultados Obtidos: Utente mantém estratégias de <i>coping</i> presentes em grau moderado. As intervenções planeadas para este diagnóstico de Enfermagem devem ser mantidas após alta do utente.		

Tabela 8 – Diagnóstico de Enfermagem: Estratégias de Coping presentes em grau moderado

4. Considerações finais

A co-morbidade é uma realidade comum. Estudos da Neurociência mostram que o uso de substâncias psicoactivas parece estar relacionado com alterações da estrutura anatómica cerebral, podendo levar a graves psicoses, como a Esquizofrenia. Tal acontece no caso clínico analisado, visto que o senhor F.M. apresenta um diagnóstico duplo de consumo de substâncias e Esquizofrenia.

A realização deste estudo de caso, permitiu-me efectivamente concretizar os objectivos propostos. Com a pesquisa bibliográfica realizada, foi possível desenvolver conhecimentos teóricos sobre a co-morbidade em Saúde Mental; a entrevista clínica realizada ao utente foi fundamental para completar a História Clínica de Enfermagem e para realizar um plano de cuidados que correspondesse às suas necessidades.

O plano de cuidados de enfermagem está algo extenso, mas atendendo à complexidade deste caso procurei abranger o máximo possível de focos de atenção, embora esteja ciente que na prática clínica seja necessário reavaliar e reformular o plano de cuidados ao longo de todo o processo de tratamento.

A elaboração deste estudo de caso foi, sem dúvida, mais um momento de crescimento, reflexão e aprendizagem contribuindo directamente para a minha formação enquanto futuro Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria. Contribuiu para uma reflexão sobre diferentes estilos de vida, problemáticas intrínsecas, experiências interpretadas e vivenciadas de forma única e contadas na primeira pessoa.

A realização deste trabalho permite-me concluir que os Enfermeiros Especialistas de Saúde Mental e Psiquiátrica desempenham um papel importante na promoção e prevenção de comportamentos de vida saudáveis, ausentes do consumo de substâncias. Actuação esta, que deve estar presente ao longo do ciclo vital do individuo, dando especial destaque à fase da adolescência, uma vez que é nesta faixa etária que se inicia a maioria dos consumo aditivos.

5. Referências Bibliográficas

CLASSIFICAÇÃO de Transtornos Mentais e Comportamentos da CID-10: directrizes diagnósticas e de tratamento para transtornos mentais em cuidados primários. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998;

CLASSIFICAÇÃO de Transtornos Mentais e Comportamentos da CID-10: descrições clínicas e directrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed Editora, 1993;

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS, *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP versão β2 (CIPE/ICNP)* Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2002;

EDWARDS, G., MARSHALL, E. J., & COOK, C. H. - *O tratamento do alcoolismo: Um Guia para Profissionais da Saúde* (3ª edição ed.). Porto Alegre: Artes Médicas. 1999;

GRIFFITH, E. - *O Tratamento do Alcoolismo, um guia para profissionais de saúde*. Porto Alegre: Artmed. Editora. 2005;

HARRISON, P.; GEDDES, J. e SHARPE, M. – *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria*. Lisboa: Climepsi Editores, 2006,

MARQUES-TEIXEIRA, J. – *Consensos Psiquiátricos – Manual Prático para Clínicos Gerais*. Linda-a-velha: 2007;

MARQUES-TEIXEIRA, J. – *Diagnósticos Duplos: Toxicodependências e Perturbações Psiquiátricas*. [Em linha]. Lisboa: Outubro, 2000. Vol. 5. Nº 2. p.9-16. [consultado em 10 de Outubro de 2011]. Disponível na WWW:< URL:[http:// www.saude-mental.net](http://www.saude-mental.net);

MELLO, M. - *Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal*. Lisboa: Direcção – Geral da Saúde. 2001;

NEEB, Kathy – *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência, 2000;

OBSERVATÓRIO EUROPEU DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA - *A Evolução Do Fenómeno Da Droga Na Europa*. [Em Linha]. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia, 2010. [consultado em 12 de Novembro de 2010]. Disponível na WWW:< URL:[http:// www.idt.pt](http://www.idt.pt);

PATEIRO, V. P. - *Etilização Aguda e Acção de Enfermagem*. Revista Sinais Vitais. Maio de 2000;

POMBO, S. - “*Correlatos neurocomportamentais da experiência de blackout alcoólico numa população de dependentes do álcool sem défices cognitivos clinicamente aparentes*” Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa. Mestrado em Comportamentos de Dependência e seus Tratamentos. 2007;

PORTUGAL – *Plano Nacional de Saúde Mental – 2007/2016 - Resumo Executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental, 2008.

**ANEXO A –
Alcohol Use Disorder
Identification Test -
AUDIT**

AutoTeste

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)

Questionário de detecção precoce do abuso de álcool

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool? (Escreva o número que melhor corresponde à sua situação.)

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana X

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = uma ou duas

1 = três ou quatro

2 = cinco ou seis

3 = sete ou oito

4 = dez ou mais X

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana X

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia

parar de beber depois de começar?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês X

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas

que habitualmente lhe exigem por ter bebido?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana X

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã

para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana X

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana **X**

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu

na noite anterior por causa de ter bebido?

0 = nunca

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana **X**

4 = quatro ou mais vezes por semana

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não **X**

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou

preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

1 = sim, mas não nos últimos 12 meses

2 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses **X**

Pontuação do AUDIT:

As perguntas 1 a 8 fornecem respostas numa escala de 0 a 4 pontos; e as respostas às perguntas 9 a 10 cotam-se com 0, 2 e 4 pontos. Os resultados expressam-se em valores entre 0 e 40.

Valores de 1 a 7 □ Consumo de baixo risco

Valores de 8 a 19 □ Consumo Nocivo/Abuso

Valores de 20 a 40 □ Dependência

Fonte: (World Health Organization - WHO), 1992)

Adaptado para Portugal por Jorge Roque da Cunha (2002)

**ANEXO XVI – Folheto
informativo sobre
antagonista opiáceo
para o utente/familiar**

NALTREXONA



Informação aos Utentes e Famílias

A **naltrexona** é um antagonista opióide. Os antagonistas opióides constituem uma modalidade farmacoterapêutica de manutenção, podendo contribuir para a prevenção das recaídas no consumo de opiáceos (heroína).

Os antagonistas bloqueiam a acção dos opiáceos, sobretudo a euforia provocada por estes (“a heroína não bate”). Não causam dependência e por isso não surge a síndrome de abstinência (ressaca) com a sua suspensão, mesmo que brusca.

A **naltrexona** possui um tempo prolongado de acção, que é proporcional à dose utilizada. Caracteriza-se por uma boa absorção oral e não se verificam efeitos secundários.

O tratamento farmacológico com **naltrexona** destina-se a proteger o dependente de opiáceos da recaída e permite acompanhá-lo no seu próprio processo de reabilitação psicológica e (re) inserção social.

A **naltrexona** é uma importante ajuda, mas não é cura auto-suficiente, fazendo parte de um tratamento global.

Como condições para o início do tratamento é necessário que o utente tenha motivação suficiente para abandonar o consumo de heroína, que é fundamental para o sucesso do tratamento.

Outra condição muito importante é que o utente, aquando do início do tratamento se encontre abstinente de heroína, pelo período mínimo de **5-7 dias**, para evitar a ressaca. A abstinência será comprovada através de análise à urina.

Continuar no programa com **antagonista** obriga à abstinência de heroína ou outro opióide, pois com estes produtos existe o risco de overdose, com coma e morte.

Devido à toxicidade hepática, não deverá consumir álcool ou outros fármacos que não estejam sob estreita vigilância médica.

Deve informar todos os profissionais de saúde que o/a tratarem de que está a tomar naltrexona. São recomendadas análises de sangue de dois em dois meses durante um tratamento prolongado, para verificar o funcionamento do fígado

Gravidez e aleitamento: A naltrexona apenas deve ser utilizada na gravidez se os benefícios para a mãe forem superiores ao risco possível. A amamentação não é recomendada enquanto estiver a tomar naltrexona.

Condução de veículos e utilização de máquinas: A naltrexona poderá fazê-lo/a sentir-se menos alerta ou sonolento/a. Os doentes não devem conduzir ou utilizar máquinas se se encontrarem afectados.

COMO TOMAR NALTREXONA: A dose inicial de naltrexona é de meio comprimido (25 mg) no primeiro dia de tratamento. Posteriormente, a dose normal é de um comprimido por dia (50 mg). O seu médico poderá prescrever uma dose diferente, dependendo das suas necessidades individuais. O período normal de tratamento é de três meses. Contudo, em certos casos, poderá ser benéfico um período de tratamento mais prolongado.

Caso se tenha esquecido de tomar naltrexona: Se se esquecer de tomar uma dose, tome-a assim que se lembrar. Nunca tome uma dose superior à dose prescrita de cada vez.

Se parar de tomar naltrexona: Após a interrupção do tratamento com naltrexona, poderá experimentar uma maior sensibilidade aos efeitos dos opiáceos. Poderá ocorrer uma sobredosagem acidental, mesmo quando tomar a mesma dose que usou anteriormente. Isto deve-se ao facto de ter desenvolvido tolerância contra a toma de opiáceos após a interrupção, sendo esta tolerância perdida. Se tomar uma dose elevada, esta situação poderá ter consequências graves ou, em casos extremos, ser mesmo fatal.

EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS: Como todos os medicamentos, a naltrexona pode causar efeitos secundários, no entanto estes não se manifestam em todas as pessoas.

- **Muito comuns:** Dor de cabeça, dificuldade em dormir, sensação de desassossego, nervosismo, dor de estômago ou cólicas, sensação de mal-estar ou doença, dores musculares e nas articulações, sensação de fraqueza e falta de energia.
- **Comuns:** Sensação de sede, tonturas, tremores, sudorese excessiva, vertigens, olhos lacrimosos, dores torácicas, diarreia ou obstipação, dificuldades em urinar, falta de apetite, ansiedade, aumento de energia, sensação de desânimo ou irritação e alterações de humor.

Os **efeitos secundários mais graves** nas pessoas que tomam naltrexona incluem sensação de depressão, sentimentos suicidas, tentativa de suicídio e alucinações. Embora estes efeitos sejam raros, se experimentar algum deles, deverá contactar imediatamente o seu médico ou farmacêutico para obter ajuda e apoio.

Também é muito importante a existência de uma terceira pessoa como responsável pela administração do medicamento.

Referências Bibliográficas:

INFARMED – Folheto Informativo – Nalorex/Naltrexona. [Em Linha]. Lisboa. 2003. Consultado em 28 de Outubro de 2011. Disponível em URL: http://www.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=5861&tipo_doc=fj;

PATRÍCIO, Luís Duarte – *Os profissionais de saúde e a droga*. 1ª Edição. Lisboa. Publicações Projecto Vida. 1991.

Anexo XVII – Dinâmicas de Grupo

Dinâmicas de Grupo

O homem é essencialmente um ser em relação com os outros. As relações interpessoais são de grande influência na estruturação do pensamento e das atitudes de cada um. Assim, a vivência em grupo é uma forte influência para aquilo que se aprende.

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

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

Dinâmica de grupo é “qualquer situação em que você reúne pessoas para uma actividade conjunta, com um objectivo específico, caracteriza uma dinâmica ...” (Tatiana Wernicoff, s.d.)

- **Dinâmica de grupo: “Problemas causados pelo Álcool, Tabaco e Drogas”**

Após a sessão Psicoeducativa apresentada aos utentes, realizei com o mesmo grupo uma dinâmica de grupo.

Dia: 18.10.2011 | **Hora:** 18:00

Objectivos:

- Entrar em contacto com as diversas áreas da vida;
- Possibilitar reconhecimento das áreas atingidas pelo consumo de álcool ou drogas;
- Informar e esclarecer os problemas causados pelo álcool nessas diversas áreas;
- Promover uma relação doente/terapeuta positiva e de apoio;
- Aumentar a consciência dos doentes sobre si mesmos através da interacção com os outros membros do grupo, que fornecem feedback acerca do seu comportamento;

Numero de Participantes: 5 utentes

Tempo de duração:

- 5 minutos para explicações gerais;
- 20 minutos para a execução;
- 10 minutos para discussão.

Material Necessário:

Folhas e canetas

Procedimentos

- Solicitar que cada participante visualize mentalmente as diversas áreas de sua vida;
- Pedir que mentalizem essas áreas e, voluntariamente, cada um fale sobre as áreas pensadas;
- Num segundo momento, listar essas áreas e pedir que observem e pensem nos danos que elas sofreram em decorrência do consumo de álcool ou drogas;
- Esclarecer que, com a abstinência, as áreas atingidas provavelmente possam melhorar.

Áreas da vida a abordarem:

- Profissional;
- Família;
- Física/Saúde;
- Social (lazer)
- Relacionamento afectivo;
- Religião

Avaliação da dinâmica: esta técnica decorreu sem incidentes, tendo os cinco utentes participado activamente com os seus relatos sobre como as suas vidas foram “abaladas” e alguns até referiram que a droga e os consumos “destruiu tudo o que de bom tinham na vida”. Foi notório por todos, quer os doentes com problemas de álcool quer os que abusam de outras drogas, concordaram que são comuns as áreas da vida afectadas. Esta técnica ajudou a que alguns elementos do grupo se adaptassem melhor ao contexto de internamento, melhorando significativamente a comunicação entre os elementos.

Foi de grande utilidade a sessão de Psicoedução sobre Malefícios das Drogas Lícitas e Ilícitas realizada previamente a esta dinâmica, pois permitiu um debate mais profícuo sobre esta temática e permitiu-me constatar que os utentes estiveram atentos, e que retiveram algumas informações que eu lhes quis transmitir.

- **Dinâmica de Grupo: “Prioridades”**

Passados cinco dias tive a oportunidade de desenvolver mais uma dinâmica de grupo com os mesmos elementos da anterior dinâmica. Nesta dinâmica pretendeu-se trabalhar mais a motivação para o tratamento.

Dia: 24.10.2011 | **Hora:** 11:00

Objectivos:

- Possibilitar a reflexão do que, nesse momento de vida, é mais importante para o participante.
- Ajudar a pensar e construir estratégias que possibilitem o alcance dos objectivos;

- Auxiliar de forma mais concreta no aproveitamento de recursos para realização de objectivos.
- Prover os doentes de melhores habilidades interpessoais e sociais;
- Promover a expressão de sentimentos e emoções;

Numero de pessoas: 5 utentes

Tempo de duração:

- 5 minutos para explicações gerais;
- 15 minutos para execução;
- 40 minutos para finalização

Material Necessário: Folhas impressas com as questões e canetas

Procedimentos: - Sensibilizá-los a pensar em suas vidas, definindo qual seria a meta mais importante nesse momento e que gostariam de alcançar;

- Pedir que pensem, em seguida, em passos concretos que os ajudem a alcançar o que desejam;

- Sugerir que comentem o que fizeram, de maneira voluntária;

- Finalizar reflectindo com o grupo sobre a importância de ter objectivos e de priorizá-los. Além disso, pensar no quanto as conquistas ficam mais viáveis quando há planeamento;

- Incentivá-los para que usem este modelo quando planearem outras prioridades.

Questões:

- Qual o seu objectivo principal neste momento da sua vida?

- Tempo que acha necessário para alcançar esse objectivo?

- Cinco passos necessários para alcançar esse objectivo:

Avaliação da dinâmica: todos os elementos tiveram a oportunidade de exporem as suas prioridades/planos a curto a médio e até alguns a longo prazo. Nota-se que este grupo encarou com satisfação e seriedade estas dinâmicas, referindo que é “bom dizer o que vai cá dentro”, “é bom partilhar e debater as ideias que surgiram”. Esta dinâmica decorreu sem qualquer problema e num clima de grande respeito pela opinião de cada. Nota-se que se criaram alguns laços afectivos entre alguns elementos.

- **Dinâmica de Grupo: “Momentos Difíceis”**

A pedido do grupo em tinha vindo a trabalhar as anteriores Dinâmicas, e uma vez que para alguns elementos estava a aproximar-se a data de alta, achei pertinente a realização de mais uma dinâmica de grupo, dirigida à prevenção da recaída.

Dia: 27.10.2011 | **Hora:** 18:00

Objectivos:

- Por meio de uma história hipotética, possibilitar aos participantes a percepção de situações que podem levar à recaída e o impacto destas na vida das pessoas;
- Auxiliar o desenvolvimento de alternativas para enfrentar situações de risco;
- Pela identificação com o outro, produzir maior percepção e controle de si.
- Prover os doentes de melhores habilidades interpessoais e sociais;

Numero de pessoas: 5 utentes

Tempo de duração:

- 5 minutos para explicações gerais e leitura;
- 30 minutos para discussão do caso explorado, em paralelo, o impacto das dificuldades de cada um frente à abstinência e formas de lidar.

Material Necessário: Folha com a história a ser lida

História – Momentos Difíceis

J. está abstinente de álcool há aproximadamente dois meses. Fez tratamento que o ajudou a parar de beber. Neste mês de abstinência, tem-se deparado com muitas dificuldades: não está conseguindo emprego, o que deixa a sua família financeiramente instável; existem muitos ressentimentos entre a esposa e ele (traição por parte de J.) e seus parentes ainda o olham como alcoólico. Depois que parou de beber, perdeu contacto com alguns amigos que bebiam com ele e, por isso, está se sentindo muito sozinho. Próximo à festa de Natal ele já observa o movimento das pessoas à sua volta e os preparativos, como por exemplo, compra de vinhos e champanhe. Às vezes se depara com alguns antigos amigos de bar que, quando o encontram, ainda o convidam para “beber uma”. Apesar de estar bem entusiasmado com o tratamento, vem sentindo vontade de beber sem explicar o motivo. Fica pensando como será a festa sem beber e sem poder comprar presentes, uma vez que está desempregado.

J. tem 2 filhos, de 2 e de 4 anos.

Em sua opinião, o que J. deve fazer para se proteger de uma recaída?

Procedimentos:

- Ler a história para o grupo;
- Incentivar a discussão do caso para que dêem sugestões de como a personagem deveria lidar com a situação de forma a se proteger da recaída;
- Discutir com o grupo sobre o impacto das suas dificuldades no processo de recuperação e abstinência;
- Reflectir sobre a importância de lidar com a realidade sem a busca de subterfúgios que não resolvem problemas, como no caso do álcool e das drogas;
- Trabalhar as expectativas pessoais acerca de como as coisas se encaminharam quando parassem o consumo (é comum associarem o parar de usar com a resolução de todos os problemas). Na verdade, parar de usar traz, como uma das consequências, olhar para a realidade; questionar com o grupo a respeito.

Dica das autoras:

- É interessante finalizar a actividade reforçando a necessidade e a possibilidade de alternativas para lidar com os problemas. Ficar só na discussão das dificuldades pode gerar muita ansiedade.

Avaliação da dinâmica: Para solucionar foram dadas diversas soluções ou estratégias para lidar com a situação. Todos foram unânimes ao dizerem que esta história pode muito bem ser a deles daqui a alguns dias. Alguns verbalizaram receio em voltar para o mesmo bairro e terem de lidar com os problemas do dia-a-dia. Alguns referiram que só lhes apetece mudar de cidade ou até ir para o emigrar para se afastar do meio em que vivem, e onde podem ser tentados a cometer os erros do passado. Alguns referiram que serem mais verdadeiros com a família e restabelecendo relações de confiança com os familiares pode funcionar como um grande factor protector. Outros, referiram a intenção de ingressar em grupos de Narcóticos Anónimos e nos Alcoólicos Anónimos, pois vêm como muito benéfico estas sessões em grupo, para poderem partilhar experiências vividas e buscar alternativas para lidar com os problemas.

No final desta dinâmica distribui um folheto Informativo sobre factores de risco e factores protectores a fim de os utentes interiorizarem, quais as situações potencialmente perigosas para voltarem aos consumos e quais as que o podem proteger de uma potencial recaída.

A realização destas três dinâmicas de grupo ajudou estes utentes a melhorar significativamente a comunicação entre eles. Possibilitou uma relação doente/enfermeiro mais positiva e de apoio; Contribuiu para que os doentes compreendessem as suas interacções no grupo para mudarem

comportamentos de relações interpessoais desadaptadas (Assertividade). Aumentou a consciência dos doentes sobre si mesmos através da interacção com os outros membros do grupo, que fornecem feedback acerca do seu comportamento/ideias e possibilitou o desenvolvimento de melhores habilidades interpessoais e sociais. Os utentes referiram estar muito satisfeitos com este tipo de iniciativas, considerando que as mesmas “deveriam ser mais frequentes pois debater estes assuntos em grupo é mais gratificante”.

Nestas três dinâmicas funcionei somente como moderador, promovendo um ambiente harmonioso, destacando os objectivos de cada dinâmica, tentando gerir o tempo. Entrevi pontualmente, quando o discurso de algum doente começava a “fugir” aos objectivos inicialmente propostos.

No início da 2ª Dinâmica de grupo e nesta última sessão, apliquei a escala de avaliação da motivação para o tratamento SOCRATES 8D (Anexo), comparando os resultados pude constatar que 3 dos cinco utentes passaram do estado contemplativo para a acção. Os restantes dois elementos do grupo mantiveram-se no estado contemplativo. Visto isto, posso considerar que estas dinâmicas foram uma mais valia para os utentes e foi muito gratificante para mim colocá-las em prática.

Bibliografia:

FIGLIE, Neliana Buzi & MELO, Denise Getúlio & PAYÁ, Roberta – *Dinâmicas de Grupo – Aplicadas no Tratamento da Dependência Química*. Manual Teórico e Prático. São Paulo. Editora Roca. 2004.

ANEXO XVIII – Sessão de Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson

PLANO DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Formador: Sérgio Nogueira (Aluno do Curso De Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP)

Local: CSBJ – Unidade de Desabilitação São Luis Gonzaga

1. Título da Intervenção: Sessão de Relaxamento		2. Nº de Sessões: 3	
3. Data: 7, 8 e 9 de Novembro de 2011	4. Local: Sala de Lazer	5. Hora de Início: 21H	6. Tempo duração: 45 minutos
7. Destinatários: Utentes internados com o diagnóstico de enfermagem de: ansiedade; agitação; euforia; medo e insónia.			8. Nº de Participantes: 6
<p>9. Fundamentação: A Técnica de Relaxamento Muscular, também denominada de Relaxamento Progressivo, abordada por Jacobson (1964), é usada para reduzir a tensão muscular, e considera que em condições de stress o corpo responde com tensão muscular aos pensamentos e eventos que possam provocar ansiedade, depressão, insónia, fadiga, entre outros.</p> <p>Jacobson (1964) desenvolveu a técnica do Relaxamento Progressivo, com o objectivo de levar o utente a um estado profundo de relaxamento muscular. O autor acreditava que esse estado poderia reduzir a grande activação do sistema nervoso, no sentido de promover o bem-estar psicológico e físico. Segundo o autor, o relaxamento dos músculos deveria reduzir as estimulações emocionais, reduzindo assim a tensão arterial e a frequência cardíaca. A técnica consiste em aprender a contrair e, logo de seguida, a relaxar os diferentes grupos musculares do corpo, de forma a conseguir diferenciar quando o músculo está tenso e quando está relaxado.</p>			
<p>10. Contra-indicações: A prática do relaxamento não é recomendada a pessoas que sofram de alucinações, delírios ou outros sintomas psicóticos que possam levar a sensações extra-corporais, pode no entanto ser utilizado na fase inactiva da doença. Como neste tipo de relaxamento se recorre a imagens mentais está particularmente desaconselhado a quem tem dificuldade em distinguir a realidade da fantasia.</p>			
<p>11. Objectivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover o bem-estar físico e reduzir a ansiedade do utente. 		<p>12. Objectivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover a diminuição da ansiedade; Prevenir a acumulação de stress; Promover a diminuição do fluxo de pensamentos, do ritmo cardíaco e respiratório e da pressão sanguínea; 	

1

		<ul style="list-style-type: none"> Treinar competências de concentração; Promover concentração nos utentes; Incentivar a interacção grupal/social; Treinar técnica de relaxamento. 	
<p>13. Conteúdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Introdução: (5 minutos): <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação da dinamizadora - Definir as regras de participação na sessão; - Explicação dos objectivos da sessão; Desenvolvimento: (35 minutos) <ul style="list-style-type: none"> - Explicar em que consiste o relaxamento progressivo de Jacobson; - Identificar os benefícios do relaxamento; - Explicar as actividades a desenvolver; - Monitorização inicial do grupo (tensão arterial e frequência cardíaca); - Aplicação da técnica de relaxamento muscular progressivo de Jacobson; - Monitorização final do grupo (tensão arterial e frequência cardíaca); Conclusão: (5 minutos): <ul style="list-style-type: none"> - Clarificar possíveis dúvidas; - Avaliação final da sessão (colocação de perguntas abertas sobre a sessão). 			
<p>14. Recursos/Material: Sala; Colchões; computador; velas; Guião de relaxamento; monitor de pressão arterial digital.</p>		<p>15. Metodologias de Formação: Expositivo; interrogativo e demonstrativo.</p>	
<p>16. Tipo de Avaliação: - Avaliação da tensão arterial e frequência cardíaca antes e após cada sessão de relaxamento e aplicada a escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton, na 1ª e 3ª sessão</p>			
<p>17. Referências Bibliográficas: CORDIOLI, et al - <i>Psicoterapias: abordagens atuais</i>. Porto Alegre Artes Médicas, 2008; DOCHTERMAN, Joanne M.; BULECHEK, Gloria M. – <i>Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)</i>. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008; HEIMBERG, R.G. – Current status of Psychotherapeutic interventions for social phobia. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i>, 62, 36-42; PAYNE, Rosemary A. – <i>Técnicas de relaxamento – um guia prático para profissionais de saúde</i>. Loures: Lusociência, 2003.</p>			

2



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

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

RELAXAMENTO

MÓDULO II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM UNIDADES DE INTERVENÇÃO
NA CRISE DE ADULTOS



Sob Orientação de: Professora Emília Preciosa Carvalho

Tutor: Enfermeiro Leonel

Discente: Sérgio Nogueira (nº 361610013)

Local de Estágio: CSBJ – Unidade Desabilitação – S. Luís Gonzaga

Braga, Novembro 2011

*“A paz vem de dentro de ti próprio,
não o procures à tua volta”*

Buda

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO.....	279
1. ENQUADRAMENTO DO RELAXAMENTO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL	280
2. DEFINIÇÃO DE RELAXAMENTO	281
3. FACTORES A TER EM CONTA NAS TÉCNICAS DE RELAXAMENTO.....	281
4. TÉCNICAS DE RELAXAMENTO.....	282
4.1. RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA.....	283
4.2. RELAXAMENTO AUTOGÉNICO DE SHULTZ.....	285
4.3. RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON.....	288
4.4. RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO (ADAPTAÇÃO DA TÉCNICA DE JACOBSON).....	292
5. RELAXAMENTO NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	295
6. EFICÁCIA DAS TÉCNICAS DE RELAXAMENTO	295
7. CONCLUSÃO.....	297
8. BIBLIOGRAFIA	299

0. INTRODUÇÃO

Apesar das origens relativamente novas dos procedimentos de relaxamento, existem importantes conexões históricas entre as técnicas de relaxamento, baseadas na sugestão, e as primeiras tentativas de tratamento da saúde mental, com base no magnetismo mental e hipnose. Do mesmo modo, os avanços no conhecimento da anatomia e da electrofisiologia dos sistemas neuromuscular e neurovegetativo foram decisivos para o posterior desenvolvimento das técnicas de relaxamento.

A evolução das técnicas de relaxamento ao longo do século XX e a sua consolidação como procedimentos válidos de intervenção psicológica deveu-se, em grande parte, ao forte impulso que receberam dentro da terapia e modificação do comportamento, ao serem consideradas como parte integrante de outras técnicas – ex: dessensibilização sistemática – ou como técnicas de modificação do comportamento em si mesmo.

Na bibliografia consultada, está descrito que o relaxamento contribui para o alívio do stress, da ansiedade, da inquietação, da insegurança e de sintomas psicossomáticos como cefaleias e dores nas costas. Este facto aponta para a pertinência e aplicabilidade desta terapia na Enfermagem Psiquiátrica.

Ao realizar este trabalho pretendo, de uma forma geral, perceber até que ponto esta terapia pode ser uma ferramenta de trabalho na minha prática clínica.

Com este trabalho pretendo atingir os seguintes objectivos:

- Aprofundar conhecimentos teóricos sobre o relaxamento
- Identificar as componentes práticas do relaxamento
- Fazer uma reflexão sobre a aplicabilidade desta terapia no exercício profissional da Enfermagem Psiquiátrica
- Contribuir para a aquisição de competências no domínio da técnica de relaxamento
- Dar cumprimento a um momento de avaliação do módulo de metodologias de intervenção.

A metodologia utilizada para atingir os objectivos será a pesquisa bibliográfica, Internet (via on-line).

Numa fase inicial, será feita uma alusão ao relaxamento bem como um enquadramento com a Saúde Mental não deixando de referir os factores a ter em conta na realização das técnicas de Relaxamento. Posteriormente serão descritas quatro técnicas de relaxamento: o relaxamento

por imaginação guiada, o Autogénico de Shultz, o Progressivo de Jacobson e, por fim, o Muscular Progressivo.

Na conclusão do trabalho serão descritos casos que mencionam a eficácia do procedimento.

1. ENQUADRAMENTO DO RELAXAMENTO NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL

Saúde mental é um estado de bem-estar em que o indivíduo consciente das suas capacidades, pode enfrentar as suas exigências normais da vida e trabalhar de forma produtiva, e é capaz de contribuir para a sua comunidade (OMS, 2001).

Segundo Sequeira (2006), a doença mental é a *“situação patológica, em que o indivíduo apresenta distúrbios na sua organização mental (...) um estado de desequilíbrio entre o ambiente e os sistemas bio-psicológicos e sócio-culturais implicando no indivíduo doente a incapacidade de exercer os seus papéis sociais (...)”*.

Intervenção de enfermagem diz respeito a *“qualquer tratamento, baseado no julgamento e conhecimento clínico, realizado por um enfermeiro para aumentar os resultados do paciente”* (McCloskey e Bulechek, 2004).

Segundo o REPE (Decreto de lei 161/96), Enfermeiro Especialista é *“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados”*.

Para a Ordem dos Enfermeiros, competência é um *“fenómeno multidimensional, complexo e é definido como a capacidade do enfermeiro para praticar de forma segura e eficaz, exercendo a sua responsabilidade profissional”* (Decreto de lei 161/96). Assim sendo, podemos referir que a técnica de relaxamento muscular é uma intervenção do Enfermeiro Especialista para devolver ao doente mental o bem-estar perdido. Isto é suportado na classificação das intervenções de Enfermagem (NIC, 2008, pg.611), a qual define Terapias de Relaxamento como o *“uso de técnicas para encorajar e viabilizar o relaxamento, com o propósito de reduzir sinais e sintomas indesejáveis, como dor, tensão muscular e ansiedade”*.

2. DEFINIÇÃO DE RELAXAMENTO

O termo Relaxamento por norma é usado em relação à parte muscular do indivíduo, ou seja, pode-se afirmar que as fibras musculares quando estão contraídas estão tensas, e quando estão alongadas estão aliviadas. Isto é uma visão muito restrita uma vez que diz basicamente respeito à componente física do indivíduo, mas interessa-me abordar este Relaxamento também na componente mental.

Ryman citado por Payne (2000) define relaxamento como *“um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz e alívio de tensão, ansiedade e medo.”* Pode-se afirmar com esta afirmação que os aspectos psicológicos da experiência de relaxamento também estão presentes, sejam eles sensações agradáveis, ausência de pensamentos geradores de stress e/ou perturbadores.

Nesta temática, não posso deixar de falar de Roger Vittoz (1868-1925) citado por Leal (2005) que em pleno desenvolvimento da psicanálise insistia em evidenciar a importância dos órgãos dos sentidos e do cérebro consciente para que o doente tenha uma implicação directa das coisas que sente através da forma mais simples (tacto e audição) até às mais complexas (o controle das imagens mentais e a reeducação da vontade).

Segundo Leal (2005), a ansiedade pode ser combatida através de técnicas de relaxamento, que apesar de serem variadas, têm como objectivo a descontração psicofísica através de uma acção sobre o corpo nas suas vertentes tónica, muscular e visceral.

Segundo Payne (2000) os sintomas fisiológicos que evidenciam existência de stress são o aumento de ritmo cardíaco, suores, aumento da taxa de coagulação sanguínea, aumento da ventilação, aumento do nível de glicose no sangue. Relativamente aos sintomas comportamentais, incluir o aumento do consumo de álcool, aumento do consumo de tabaco, aumento do consumo de alimentos, aumento do consumo de medicamentos, aumento do consumo de drogas, perda ou excesso de apetite, inquietação, perda de interesse sexual, tendência para sofrer acidentes. O relaxamento funciona como complemento de ajuda médica, e não um substituto.

3. FACTORES A TER EM CONTA NAS TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

A Respiração

A respiração feita correctamente é um antídoto contra o stress. Nem todas as pessoas respiram correctamente. O ar deve ser inspirado pelo nariz para que possa ser aquecido pelas

membranas da mucosa dos orifícios nasais, possa ser filtrado pelos cílios e humidificado pelas glândulas serosas. Se o ar for inspirado pela boca isto não acontece.

Também é importante ter em conta uma postura adequada das costas, pois só assim se consegue fazer uma óptima expansão da totalidade do tórax durante a respiração.

Executar tudo isto correctamente não é fácil e para que as pessoas comecem a fazer um treino de respiração de uma forma mais completa, isto demora algum tempo (Comby, 2002).

O Ambiente

O ambiente a ter em conta para que os utentes possam tirar o máximo partido da técnica deve ser sossegado, ameno, sem distúrbios, limpo e com pouca luz.

A Posição

Não se pode dizer que a posição de deitado se sobrepõe à posição de sentado. Ambas podem ser utilizadas e devem ter em conta as características dos participantes com quem vamos desenvolver a técnica. Há quem diga que para um relaxamento profundo a posição de deitado é preferível uma vez que temos o corpo todo apoiado e é mais fácil aliviar a sua tensão. Mesmo assim, a probabilidade de adormecer se estiver deitado é muito maior.

Certas pessoas identificam melhor as diferentes situações que lhes provocam stress (situações do quotidiano), se estiverem sentadas, daí esta posição nesta situação se sobrepõe à posição de deitado.

O importante, segundo Lichstein (1998), é os participantes acreditarem que a abordagem é bem sustentada e que funciona, para tal é necessário transmitir-lhes de forma clara e precisa o procedimento e objectivos a atingir.

4. TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Existem variadas técnicas de relaxamento, as quais podem ser incluídas em duas categorias: métodos físicos de relaxamento e métodos psicológicos de relaxamento.

O princípio de qualquer técnica baseia-se na impossibilidade de ter o corpo tenso e a mente descontraída., bem como da impossibilidade de estar mentalmente tenso e ter o corpo descontraído.

As técnicas de relaxamento psicológico incidem mais ao nível da mente, embora o corpo acabe relaxado no final. As técnicas físicas de relaxamento incidem essencialmente sobre a

componente fisiológica mas, como corpo e mente são inseparáveis, a mente acaba por se sentir também relaxada.

Segundo Payne (2000), entre as técnicas de relaxamento a nível psicológico, podemos evidenciar a técnica de imagens guiadas e o treino autogénico.

Relativamente às técnicas a nível físico, vamos destacar o treino de relaxamento progressivo de Jacobson e o relaxamento muscular progressivo (adaptação da técnica de Jacobson).

Estas técnicas podem ser usadas de forma isolada, ou em conjunto numa mesma sessão, sendo da responsabilidade do enfermeiro que as vai por em prática a decisão de como o vai fazer.

4.1. RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA

O relaxamento através da Imaginação dirigida tem por base a ideia de que imagens mentais de cariz positivo, fazem com que os níveis de tensão muscular diminuam, induzindo uma sensação de calma e bem-estar, e imagens de cariz negativo aumentam-nos (McGuigan, citado por Payne, 2000).

Para além do relaxamento e de acordo com Payne (2000), o valor terapêutico desta técnica estende-se a vários níveis nomeadamente: auto-desenvolvimento e mudança psicológica, distracção e cura, os quais não estão no âmbito dos objectivos deste trabalho.

Este tipo de relaxamento, como recorre a imagens mentais, está particularmente desaconselhado a doentes que tenham dificuldade de distinguir a realidade da fantasia como alucinações, delírios ou outros sintomas psicóticos.

Podemos concluir a partir daqui que o grupo a quem se dirige determinada sessão não pode ser um grupo muito heterogéneo a nível de patologias uma vez que pode comprometer na totalidade a eficácia do procedimento.

Os objectivos desta técnica de relaxamento são:

- Promover a diminuição da ansiedade e do stress
- Promover a concentração
- Promover a expressão de sentimentos no contexto de apoio do grupo
- Promover o relaxamento muscular

-Favorecer a calma e o bem-estar

O procedimento deve ser iniciado, falando calma, suave e pausadamente:

“Feche os olhos e cada um concentre a atenção em si próprio. Sinta a respiração tranquila e siga a sua ordem natural: inspirar...expirar...(pausa de 1 minuto).

Agora sintam o peso dos vossos pés, apoiados sobre o chão (breve pausa) ... Também as pernas começam a ficar pesadas e relaxadas (breve pausa).

Sintam o peso da bacia (breve pausa) ... também a coluna e o peito estão relaxados... (breve pausa). As costas estão relaxadas... (breve pausa). Sinta todo o seu corpo calmo e relaxado...

A respiração é fluida e profunda... Inspirar... Expirar... Inspirar... Expirar. Agora que está tão calmo, olha em redor... (breve pausa). Está num sítio tranquilo, calmo e sente-se bem (breve pausa).

Ao longe vê as nuvens e uma delas voa para si (breve pausa) ... sobe para cima dela, é muito fofa e sente-se seguro... não tem medo de nada... (breve pausa).

Enquanto voa pela nuvem olha e vê coisas belas... respira fundo e sente-se bem... (breve pausa).

Sente o vento na sua cara, sorri, sente-se cada vez mais calmo... cada vez mais em paz... (breve pausa).

Começa a olhar em volta... a nuvem caminha para o local de onde partiu... (breve pausa). Sente-se leve e calmo... sente-se bem... (breve pausa).

Chegou onde partiu e desce da nuvem... ela voa para longe... mas continua a sentir a leveza e a paz que ela lhe causou... (breve pausa).

Começa a sentir de novo a respiração tranquila e segue a sua ordem natural: inspirar...expirar... (pausa de 1 minuto).

Sente-se muito bem... sabe que quando voltar a abrir os olhos a sensação de calma se vai manter... inspiro... expiro... inspiro... expiro... (breve pausa).

Sente-se a acordar... vai abrir os olhos sem pressa, mover lentamente as mãos... e os pés... espreguiça-se como se estivesse a acordar... (breve pausa). Inspira e expira... acordou e sente-se bem.

4.2. RELAXAMENTO AUTOGÉNICO DE SHULTZ

Este método de relaxamento foi desenvolvido por Shultz, que o denominou por “treino autogéneo”, no qual utilizava técnicas sugestivas e também interpretações psicanalíticas (Serra, 1999). Payne (2003) em oposição aos métodos físicos de relaxamento, considera esta técnica no âmbito das abordagens psicológicas. A abordagem autogénica deriva da auto-hipnose. O objectivo do procedimento é atingir este estado autogénico com concentração em imagens de peso e de calor sugerido através de frases predefinidas, as quais devido às imagens mentais e à auto-sugestão criam aquilo a que se chama “transferência autogénica” (Payne, 2003). Trata-se da transferência do participante de um estado de stress para um estado auto-induzido de acalmia. Uma vez que o participante tem um papel activo no seu próprio tratamento, é considerado uma forma de relaxamento e não de hipnose (Payne, 2003). O instrutor da técnica autogénica descreve e induz a prática do método, mas é o participante que a realiza. Para reforçar esta ideia, as frases são estruturadas na primeira pessoa.

Começa-se por fazer uma breve introdução do método aos participantes:

- O Enfermeiro diz: *“O método que vão aprender consiste em breves frases que descrevem sensações de peso e calor nos membros. Eu leio essas frase em voz alta e enquanto o faço, gostaria que se concentrassem numa frase de cada vez, repetindo-a ao mesmo tempo que inspiram e expiram.”*
- *“Feche os olhos por favor. Imagine que se encontra num local que o faz sentir relaxado...por exemplo uma planície quente e solarenga. Imagine-se deitado nessa planície “ (pausa)*
- *“Daqui a pouco vou pedir-lhe que se concentre em diferentes partes do corpo mas primeiro quero lembrar-lhe o quanto é importante para si adoptar uma atitude passiva e despreocupada face ao exercício. Isto significa deixar que as sensações de peso e calor surjam por si e não fazer qualquer esforço para que apareçam. Prepare-se com calma durante alguns minutos.”*
- Seguem-se então 18 exercícios, cada um composto por um grupo de frases. Cada frase é lida pelo instrutor e é repetida mental e oralmente pelo participante. São atribuídos cerca de 30 segundos para cada exercício e mais cerca de 30 para que o participante continue a focar a atenção.

Exercício 1:

- *Sinto-me em paz*
- *Sinto o braço direito pesado, sinto o braço direito pesado*
- *Sinto-me em paz,*
- *Sinto o braço direito pesado, sinto o braço direito pesado*
- *Deitado na planície cheia de sol continuo a pensar no peso do meu braço.*

Exercício 2:

- *Sinto o braço esquerdo pesado, sinto o braço esquerdo pesado*
- *Sinto-me em paz, sinto-me em paz*
- *Sinto o braço esquerdo pesado, sinto o braço esquerdo pesado*
- *O braço está pesado como chumbo*

Exercício 3:

- *Sinto-me em paz*
- *Sinto os dois braços pesados, sinto os dois braços pesados*
- *Sinto-me em paz*
- *Sinto os dois braços pesados, sinto os dois braços pesados*
- *Estou deitado na planície, com os braços repousados pesadamente na erva fresca*

Exercício 4:

- *Sinto-me em paz*
- *Sinto a perna direita pesada, sinto a perna direita pesada*
- *Sinto-me em paz*
- *Sinto a perna direita pesada, sinto a perna direita pesada*
- *A perna está pesada como chumbo*

Exercício 5:

- *Sinto-me em paz*
- *Sinto a perna esquerda pesada, sinto a perna esquerda pesada*
- *Sinto-me em paz*
- *Sinto a perna esquerda pesada, sinto a perna esquerda pesada*

Exercício 6:

- *Sinto-me em paz*
- *Sinto as duas pernas pesadas, sinto as duas pernas pesadas*
- *Sinto-me em paz*
- *Sinto as duas pernas pesadas, sinto as duas pernas pesadas*
- *Sinto as pernas a afundarem se no chão*

Exercício 7:

- *Sinto-me em paz*
- *Sinto os braços e as pernas pesados, sinto os braços e pernas pesados*
- *Sinto-me em paz*
- *Sinto os braços e pernas pesados, sinto os braços e pernas pesados*
- *Deitado na planície cheia de sol, sinto o peso nos braços e nas pernas*

Exercício 8 até 14:

São similares aos exercícios de 1 a 7 mas o calor substitui o peso; o efeito pode ser intensificado através do recurso a imagens de calor do sol.

Exercício 15:

- *Sinto-me em paz*
- *Sinto os braços e pernas pesados e quentes*
- *O meu batimento cardíaco está calmo e regular*
- *O meu batimento cardíaco está calmo e regular*
- *Sinto-me em paz*
- *O meu batimento cardíaco está calmo e regular*
- *O meu batimento cardíaco está calmo e regular*

Exercício 16:

- *Sinto-me calmo*
- *Sinto os braços e pernas pesados e quentes*
- *O meu batimento cardíaco está calmo e regular*
- *A minha respiração está calma, a minha respiração está calma*
- *Sinto-me calmo*
- *A minha respiração está calma, a minha respiração está calma*

(as frases relativas ao abdómen são eliminadas caso o participante sofra de qualquer tipo de inflamação abdominal)

Exercício 17:

- *Sinto-me em paz*
- *Os meus braços e minhas pernas estão pesados e quentes*
- *O meu batimento cardíaco está calmo e regular*
- *A minha respiração está calma*
- *O meu abdómen está quente, o meu abdómen está quente*
- *Sinto-me em paz*
- *O meu abdómen está quente, o meu abdómen está quente*

Exercício 18:

- *Sinto-me em paz*
- *Os meus braços e as minhas pernas estão pesados e quentes*
- *O meu batimento cardíaco está calmo e regular*
- *A minha respiração está calma*
- *O meu abdómen está quente*
- *A minha testa está fresca, a minha testa está fresca*
- *Sinto-me em paz*
- *A minha testa está fresca, a minha testa está fresca*
- *(as imagens de correntes de ar fresco podem também ser introduzidas de forma a intensificar ao sensação de testa fresca)*
- *A finalização permite ao indivíduo voltar gradualmente à actividade normal*
- *Quando estiver preparado, lentamente deixe-se voltar a ter consciência da sala em que se encontra*
- *Abra os olhos; deixe-os percorrer o interior da sala.*
- *Diga a si próprio que se vai sentir revigorado e alerta*
- *Feche e abra as mãos levemente*
- *Dobre e estique os braços algumas vezes, depois as pernas.*
- *Alongue suavemente o corpo.*
- *Vire-se de lado e levante-se devagar*

A frase “sinto-me em paz” pode ser substituída por outras como “sinto-me calmo”, “tenho controle sobre aquilo que como”, “o meu espírito está calmo e sereno”

4.3. RELAXAMENTO PROGRESSIVO DE JACOBSON

O relaxamento muscular progressivo, também designado de relaxamento neuromuscular, foi desenvolvido por Jacobson em 1939. É utilizado para minimizar as tensões músculo-esqueléticas (Becker & Samulski, 1998). O relaxamento progressivo, “não favorece a recuperação física, mas reduz distúrbios psíquicos” (Weineck, 1999), sendo esta técnica de fácil aprendizagem. Economizar forças e evitar o gasto desnecessário de energia, é o objectivo principal desta técnica, sendo das mais reconhecidas utilizadas na regulação do stress.

As condições de stress são facilmente detectadas nos desportos de alta competição, até porque o desporto está directamente relacionado com os processos específicos do movimento, ou melhor, dos músculos (Becker & Samulsky, 1998).

O relaxamento muscular progressivo traz benefícios tanto físicos como psíquicos (Becker & Samulsky, 1998), durando em média de 10 a 15 minutos (Weineck, 1999), sendo alguns desses benefícios os seguintes:

- Redução ou eliminação das dores devido à elevação do limiar das dores
- Redução ou eliminação de sentimentos desagradáveis
- Aumento da tolerância ao stress
- Redução da pressão arterial e da frequência cardíaca
- Redução da tensão psicofísica
- Economia da energia psicofísica
- Aumento do rendimento motor

A interacção da respiração profunda com o relaxamento da musculatura é responsável pela redução da frequência cardíaca e pelo aumento da sonolência. O aumento da tensão muscular seguido do relaxamento da mesma implica redução da actividade eléctrica nos músculos e da actividade cerebral, logo isto terá como consequência o relaxamento total devido à interacção entre músculo, nervo e cérebro.

A sensibilidade à dor está diminuída, uma vez que o organismo relaxado reage mais lentamente e com pouca intensidade. As sensações de medo também ficam menos evidentes também devido ao relaxamento total do organismo conseguido através da técnica de relaxamento progressivo.

As repetitivas associações entre relaxamento fisiológico e excitação psíquica minimizam e neutralizam as reacções indesejáveis (Weineck, 1999). Segundo Becker & Samulsky (1998), “geralmente a aprendizagem da técnica de relaxamento baseia-se em fazer consciente os estímulos enviados ao cérebro pelos receptores de tensão nos músculos” (p.42).

Jacobson inventou uma técnica que lhe permitiu medir a actividade eléctrica nos músculos e nervos a qual se tornou conhecida como electromiografia. Através da electromiografia conseguiu demonstrar a interligação existente entre o pensamento e a parte muscular e que as imagens mentais associadas ao movimento implicam níveis de energia nos músculos intervenientes nesse mesmo movimento.

O objectivo de Jacobson era que o músculo voluntário pudesse atingir um estado de relaxamento total em repouso, ou seja, ficasse sem tensão e atingisse o “ponto zero de tónus na parte ou partes envolvidas” (Jacobson 1938). Qualquer tensão que permanecesse no músculo em repouso, era designada de residual e era isto que Jacobson queria eliminar.” Eliminar a tensão residual é ... a característica essencial do presente método de Jacobson (1976).

Para que isto aconteça Jacobson desenvolveu uma técnica a que lhe chamou relaxamento progressivo. Esta técnica consistia em criar e libertar tensão ao longo dos principais grupos musculares não sendo recomendada a pessoas que sofram de alucinações ou outros sintomas psicóticos que possam levar a sensações extra-corporais, podendo no entanto ser utilizado na fase inactiva da doença. Como neste tipo de relaxamento se recorre a imagens mentais está particularmente desaconselhado a quem tem dificuldade de distinguir a realidade da fantasia.

O procedimento deve ser iniciado, falando calma, suave e pausadamente:

“Concentre-se na sua respiração. Sinta que a sua respiração é suave, regular e profunda. Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade. Relaxe e sinta a paz dentro de si. Liberte na sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior.

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique ainda mais profunda, regular, relaxada e serena. Por fim, os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz. Agora a sua respiração é totalmente suave, relaxada, em paz e todos os seus músculos se encontram relaxados.

Testa: *Concentre-se agora nos músculos da testa e esqueça os restantes músculos do corpo. Enrugue a sua testa subindo-a para cima...Sinta a forte tensão sobre a ponta do nariz e ao redor das sobrancelhas... (Pausa). Agora pode relaxar muito lentamente, focando a sua atenção sobre os pontos que estavam mais tensos...É como se os seus músculos tivessem desaparecido, estando totalmente relaxados.*

Olhos: *Feche os olhos, aperte-os com força...Sinta a tensão em toda a zona em volta dos olhos, em cada pálpebra...Concentre-se nas zonas mais tensas... (Pausa). Relaxe lentamente e note as diferenças de sensações...Os músculos estão relaxados, sem tensão.*

Face: *Force um sorriso, todos os músculos da face e da boca estão tensos...Os seus lábios e as bochechas estão tensos e rígidos... (Pausa). Relaxe agora esses músculos...Note as sensações nos diferentes músculos, sem pressão, sem tensão.*

Queixo: *Aperte os seus dentes, com força...Sinta os músculos contraídos, tensos... (Pausa). Pouco a pouco, relaxe a boca, sinta como os músculos se apagam e se relaxam.*

Pescoço: *Contraia os músculos do pescoço...Sinta a tensão e foque a sua atenção na nuca, zona superior do pescoço e cada lado do pescoço...Os músculos estão tensos... (Pausa). Relaxe lentamente o pescoço...Os músculos perdem a sua tensão e relaxam pausadamente.*

Membros Superiores: *Levante o seu braço direito e com o seu punho fechado, faça força...O seu braço está o mais rígido possível, está tenso, desde a mão até ao ombro...Concentre-se na forma como aumenta a tensão... (Pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial...Sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados...completamente relaxados.*

Levante o seu braço esquerdo e com o punho fechado faça força...O seu braço está o mais rígido que pode, está tenso desde a mão até ao ombro...Concentre-se na forma como aumenta a tensão... (Pausa). Relaxe gradualmente e deixe cair o seu braço até à posição inicial...Sinta como os seus músculos estão perdidos, apagados, completamente relaxados.

Membros inferiores: *Contraia os músculos da sua perna direita, esticando o seu pé direito, exercendo a máxima tensão...Sinta a contracção do pé até à coxa... (Pausa). Relaxe lentamente a sua perna direita e o joelho...Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.*

Contraia os músculos da sua perna esquerda, esticando o seu pé esquerdo, exercendo a máxima tensão...Sinta a contracção do pé até à coxa... (Pausa). Relaxe lentamente a sua perna esquerda e o joelho... Sinta a sensação de relaxamento em todos os músculos anteriormente expostos à tensão.

Região dorsal: *Arqueie as suas costas para a frente, se necessário com a ajuda dos braços...Sinta a tensão em toda a coluna, nos ombros e no fundo das costas...Concentre a sua atenção nas zonas de tensão... (Pausa). Relaxe-se gradualmente, voltando à posição inicial... Note o desaparecimento da tensão nos músculos envolvidos...Estão completamente relaxados.*

Região torácica: *Faça força no seu peito, torne-o mais rígido, tentando contrai-lo, como se quisesse reduzir os pulmões...Concentre-se nas zonas mais tensas... (Pausa). Relaxe gradualmente o seu peito...Sinta a sensação dos músculos soltos, sem tensão.*

Região abdominal: *Contraia fortemente os músculos da barriga, até que a sinta dura como uma tábua...Sinta a tensão ao redor do umbigo... (Pausa). Relaxe agora os músculos da barriga e sinta a sensação de leveza...Todos os músculos estão completamente relaxados.*

Região sacro-coccígea: *Concentre-se nos músculos abaixo da cintura...Contraia todos os músculos dessa zona em contacto com o colchão...Contraia as nádegas e as coxas com toda a força... (Pausa). Pode relaxar lentamente todos os músculos...Sinta o desaparecimento da tensão e a sensação de relaxamento. Está completamente relaxado...Todos os músculos estão leves...O seu corpo está solto e totalmente relaxado...mantenha os olhos fechados...Inspire e expire lentamente, relaxando todo o seu corpo, da cabeça até aos pés...Inspire novamente...Expire o ar lentamente...*
Permaneça deitado apreciando o seu estado de relaxamento.
Faça uma contagem regressiva a partir de cinco e levante-se lentamente.”

4.4. RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO (Adaptação da técnica de Jacobson)

O treino de relaxamento muscular progressivo surge em virtude do método de Jacobson, apesar de eficaz, ser longo e pouco apelativo tal como estava originalmente. O doente deve assumir uma posição bem confortável, procurando respirar usando somente a musculatura abdominal. Posteriormente deve fechar os olhos.

O procedimento deve ser iniciado, falando calma, suave e pausadamente:

“Feche a sua mão esquerda como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão 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.

(Repita os mesmos movimentos com o braço direito)

Feche a sua mão direita como se fosse dar um “soco”, e aperte o máximo possível, procurando ficar atento para a sensação de tensão 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 a 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.

(Repita os mesmos movimentos para a perna direita)

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 a 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 da contracção e a do 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.”

No final da sessão os doentes devem ser motivados a descrever como se sentiram ao longo da mesma (aspectos positivos e negativos, como dificuldades de concentração, de adopção de certas posturas, etc.) e o resultado final.

5. RELAXAMENTO NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSQUIATRIA

Relativamente às técnicas de relaxamento tenho que fazer algumas considerações sobre os três tipos que foram aprofundados neste trabalho: relaxamento por imagens guiadas, relaxamento autogénico de Shultz, relaxamento progressivo de Jacobson e relaxamento modificado de Jacobson.

Consideramos razoável utilizar a técnica de relaxamento em situações de depressão, ansiedade, inquietação, insegurança, tristeza, desassossego, labilidade emocional e desinteresse, desde que estas situações não estejam associadas a doentes psicóticos em fase aguda (despersonalização, delírio, agressividade).

È de fácil compreensão que um doente psicótico, especialmente em fase aguda, é pouco provável que adira a uma sessão onde terá de permanecer calado e quieto durante cerca de quarenta e cinco minutos. O discurso utilizado pelo Enfermeiro durante a técnica de relaxamento pode ser exacerbador de um delírio. Doentes com debilidade mental também terão dificuldade em aderir a uma sessão uma vez que as suas capacidades cognitivas não serão suficientes para entender o que enfermeiro quer transmitir. Os doentes com diminuição da acuidade auditiva também têm muita dificuldade em participar activamente nas sessões de relaxamento.

Em relação a cada um dos relaxamentos descritos posso ainda referir algumas das suas limitações. O relaxamento progressivo de Jacobson, se for feito com a frequência e a duração de sessões defendidas por Jacobson, torna-se difícil de aplicar. Julgo que a versão mais simplificada deste treino (Relaxamento Muscular Progressivo), é mais motivadora.

Relativamente ao relaxamento feito através de imagens guiadas é aconselhável uma atitude ponderada. Não é adequado a pessoas com alterações mentais graves, tais como sintomatologia psicótica proeminente e exacerbada, como sejam, alterações do conteúdo do pensamento (delírio), alterações da percepção com actividade alucinatória ou outros sintomas psicóticos.

6. EFICÁCIA DAS TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

Neste capítulo vou descrever resumidamente três casos que avaliam a importância da aplicação das técnicas de relaxamento em três situações distintas.

O **primeiro estudo** tem por base um artigo derivado da Dissertação de Mestrado intitulado de “Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na Re-significação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais” que analisa a qualidade de vida de cinco mulheres em fase terminal por neoplasia.

Em quatro delas é feito o uso de técnicas de relaxamento e visualização de imagens mentais (como intervenção psicoterapeuta) utilizando o *conceito de espiritualidade*, com o intuito de perceber qual das dores, dentro da dor simbólica da morte, tem maior significado: a dor espiritual ou a dor psíquica. A quinta mulher não aceitou.

A integração das ditas técnicas de relaxamento e visualização de imagens com o conceito de espiritualidade é eficaz para “re-significar” a dor simbólica da morte, proporcionando Qualidade de vida no processo de morrer e morte serena. A conclusão deste estudo diz-nos que o uso destas intervenções psicoterapêuticas favoreceu a “re-significação” da Dor Simbólica da Morte das quatro mulheres que aceitaram, proporcionando a todas elas uma morte serena. A mulher que não aceitou apresentou uma péssima Qualidade de Morte, com muito desespero e sofrimento. Face aos resultados do estudo podemos concluir que no período final e morte a dor espiritual foi encarada como o sofrimento mais importante dentro da dor Simbólica da Morte e prevalece em relação à Dor Psíquica.

O **segundo estudo** tem por base um artigo intitulado “A redução dos níveis de cortisol sanguíneo através da técnica de relaxamento progressivo em nadadores” e analisa a influência do relaxamento progressivo na redução dos níveis de cortisol sanguíneo.

O cortisol é uma hormona glicocorticóide libertada pela glândula supra-renal. Níveis altos de cortisol podem reflectir situações de perda de controlo, depressão e stress. Níveis baixos, ou seja normais de cortisol, indicam maior auto-controlo, previsibilidade de acção e envolvimento motivado em determinada tarefa.

O estudo foi aplicado a um grupo de nadadores, o qual foi dividido em dois grupos. Ao grupo experimental foi feita técnica de relaxamento progressivo de Jacobson durante sete semanas com duas sessões semanais de 20 a 30 minutos. Aos restantes nadadores foi feito tratamento placebo, o qual foi realizado nas mesmas condições do experimental, com duas reuniões semanais, nas quais os atletas eram consciencializados de estar a realizar um treino psicofisiológico como o grupo experimental. No entanto, apesar desse treino psicofisiológico incluir itens da psicologia do desporto, não conseguiu reduzir o stress do treino desportivo.

Foram feitas análises sanguíneas ao longo das sete semanas que comprovaram uma influência positiva das técnicas de relaxamento na redução dos níveis de cortisol sanguíneo

nos nadadores, uma vez que essa é uma das respostas fisiológicas negativas do sistema nervoso simpático provocada pelo stress dos treinos.

O **terceiro estudo** tem por base um artigo intitulado “Tratamento psicológico do medo de viajar de avião, a partir do modelo cognitivo: caso clínico” e analisa a fobia de uma mulher de 32 anos de andar de avião e refere as técnicas utilizadas no tratamento da dita fobia, dentro das quais se destaca o treino de relaxamento.

O tratamento foi feito durante nove sessões de periodicidade semanal e no final a mulher começou a reagir às viagens de avião de uma forma mais adaptativa, menos ansiosa e menos deprimida. É de salientar que para além do relaxamento foram associadas outras técnicas, das quais podemos salientar a dessensibilização sistemática, a detecção de distorções cognitivas, a discussão de ideias irracionais e também a biblioterapia.

Esperamos que estes três exemplos consigam transmitir, apesar de descritos de forma muito sucinta, a potencialidade das técnicas de relaxamento na resolução de problemas que poderão afectar qualquer um de nós.

7. CONCLUSÃO

Ao longo dos últimos anos tem-se verificado que a Enfermagem conquistou um papel fundamental na comunidade. Com os seus conhecimentos científicos, a Enfermagem tem vindo a destacar-se como profissão. As exigências que a actual sociedade apresenta obrigam a uma constante evolução da Enfermagem na vertente científica e técnica, não ficando contudo indiferente ao universo científico em que se desenvolve, nem à realidade a que se dirige: o *Ser Humano*.

A vida actual é muito competitiva, dinâmica e sujeita a mudanças frequentes; já nada é para sempre. Este estilo de vida trouxe inovação e modernidade mas também mais instabilidade e sensações de stress e esgotamento. Aliás a palavra stress é a imagem de marca dos tempos modernos.

O stress, hoje em dia, é um dos factores responsáveis pelo aparecimento de determinadas doenças. A forma mais fácil e cómoda de o atenuar é aderindo a terapêutica medicamentosa psicotrópica.

A medicação muitas vezes tem custos elevados, não surte o efeito desejado e implica riscos, o que faz com que comece a existir um crescente interesse em tratamentos não

medicamentosos entre os quais a prática de relaxamento. Não quero com isto dizer que a técnica de relaxamento substitui a terapêutica medicamentosa, mas sim que pode funcionar como complemento dessa mesma terapêutica, vulgarmente designada como modalidade de tratamento combinado.

Apesar de todas as mais valias que esta terapia pode trazer, não nos podemos esquecer que não é uma solução mágica. Tem as suas limitações de aplicação, como qualquer terapia, o importante é que continuemos a utilizá-las sempre que acharmos conveniente e aplicável.

Com a elaboração deste trabalho foi-me possível aprofundar os conhecimentos sobre algumas técnicas de relaxamento, assim como incentivou-me a reflectir sobre a sua aplicabilidade no meu exercício profissional.

Considero que os objectivos anteriormente traçados foram em grande medida atingidos. Relativamente ao tema proposto, a dificuldade esteve na selecção de uma vasta bibliografia.

8. BIBLIOGRAFIA

BULECHEK, Gloria M. & MACLOSKEY, Joanne C. – *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. 3ª Ed., Porto Alegre: Artmed, 2004.

DECRETO-LEI n.º 161/96, de 4 de Setembro. *D.R. / Série A*. Nº 205 (4-09-1996).

ELIAS, Ana Catarina de Araújo, GIGLIO, Joel Sales – Relaxamento Mental, Imagens Mentais e Espiritualidade na Re-significação da Dor Simbólica da Morte de Pacientes Terminais [Em linha] [Consult. 12 Dezembro 2008] Disponível na Internet
http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/16_Pg14.asp?nrev=N%C2%BA16&Pag=14

FILHO, Maurício Gattás Bara [et al.] – A redução dos níveis de cortisol sanguíneo através da técnica de relaxamento progressivo em nadadores [Em linha] [Consult. 12 Dezembro 2008] Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v8n4/v8n4a02.pdf>

HAYWARD, Sheila – *Técnicas de relaxamento*. Lisboa: Editorial Estampa, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Certificação individual de competência. Revista ordem dos enfermeiros. Nº 14. Lisboa. Outubro, 2004.

PAYNE, Rosemary A. – *Técnicas de relaxamento* – um guia prático para profissionais de saúde. Loures: Lusociência, 2003.

REMOR, Eduardo - *Treinamento Psicológico do medo de viajar de avião, a partir do modelo cognitivo: caso clínico*. [Em linha]. [Consult. 12 Dezembro 2008] Disponível na Internet:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722000000100021

SEQUEIRA, Carlos – *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto, 2006.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE SAÚDE MENTAL – Saúde Mental e Equilíbrio Social – Maia: AcademiadeDesign, 2008.

ANEXO XIX – Escala de avaliação da ansiedade de Hamilton

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

Protocolo N° _____ Iniciais do paciente _____ Data: ___/___/_____

Instruções: Esta lista de verificação é para auxiliar o clínico ou psiquiatra na avaliação de cada paciente de acordo com o seu grau de ansiedade e condição patológica. Preencha com o grau apropriado, na casela correspondente ao lado de cada item, na coluna à direita.

GRAUS: Nenhum = 0; Leve = 1; Médio = 2; Forte = 3; Máximo = 4

N°	ITEM	COMPORTAMENTO	GRAU
1	Humor Ansioso	Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.	
2	Tensão	Sensações de tensão, fadiga, reação de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.	
3	Medos	De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc. (avalar qualquer um por intensidade e freqüência de exposição).	
4	Insônia	Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, sonhos penosos, pesadelos, terrores noturnos, etc.	
5	Intelectual (cognitivo)	Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.	
6	Humor Deprimido	Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.	
7	Somatizações Motoras	Dores musculares, rigidez muscular, contrações espásticas, contrações involuntárias, ranger de dentes, voz insegura, etc.	
8	Somatizações Sensoriais	Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigamento, câimbras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.	
9	Sintomas Cardiovasculares	Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extrasístoles, latejamento dos vasos sanguíneos, vertigens, batimentos irregulares, etc.	
10	Sintomas Respiratórios	Sensações de opressão ou constricção no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispnéia, etc.	
11	Sintomas Gastrointestinais	Deglutição difícil, aerofagia, dispepsia, dores abdominais, ardência ou azia, dor pré ou pós-prandial, sensações de plenitude ou de vazio gástrico, náuseas, vômitos, diarreia ou constipação, pirose, meteorismo, náusea, vômitos, etc.	
12	Sintomas Geniturinários	Polaciúria, urgência da micção, amenorréia, menorragia, friquidez, ereção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.	
13	Sintomas Autonômicos	Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonteadas, etc.	
14	Comportamento na Entrevista	Tenso, pouco à vontade, inquieto, a andar a esmo, agitação das mãos (tremores, remexer, cacoetes) franzir a testa e face tensa, engolir seco, arrotos, dilatação pupilar, sudação, respiração suspirosa, palidez facial, pupilas dilatadas, etc.	
		SCORE TOTAL:	

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE ANSIEDADE DE HAMILTON

Observação: Conforme se pode constatar, esta *Escala de Ansiedade de Hamilton* (1959) compreende 14 itens distribuídos em dois grupos, sendo o primeiro grupo, com 7 itens, relacionado a sintomas de humor ansioso e o segundo grupo, também com 7 itens, relacionado a sintomas físicos de ansiedade – o que possibilita obter escores parciais, ou seja, separadamente para cada grupo de itens. O escore total é obtido pela soma dos valores (graus) atribuídos em todos os 14 itens da escala, cujo resultado varia de 0 a 56. Esta escala deve ser aplicada pelo profissional.

**ANEXO XX – Sessão
Psicoeducativa
“Conhecer a
Esquizofrenia”**

PLANO DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Formador: Sérgio Nogueira (Aluno do Curso De Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP)

Local: Projecto Consentido – no domicílio dos utentes

1. Título da Intervenção: "Conhecer a Esquizofrenia"			2. Nº de Sessões: 3	
3. Data: a combinar de acordo com a disponibilidade de cada família	4. Local: Domicílio dos utentes	5. Hora de Início: a combinar de acordo com a disponibilidade de cada família	6. Tempo duração: 35 minutos	
7. Destinatários: Familiares e utentes com diagnóstico de Esquizofrenia, com consumos abusivos de álcool, seguidos pelo Projecto Consentido. Aos familiares foi aplicada previamente uma Entrevista de Zarit para avaliar a sobrecarga do cuidador.				8. Nº de Participantes: 8
9. Fundamentação: <p>A esquizofrenia entre as dez principais causas de sobrecarga social a longo prazo. A esquizofrenia caracteriza-se por uma combinação de sinais e sintomas, com prejuízo no funcionamento ocupacional ou social e afecta pessoas de todas as classes sociais e persiste por toda a vida. A esquizofrenia é uma doença que afecta profundamente a família. A família vivencia um processo de "luto interminável" pelo familiar que é doente. Acresce um sentimento de impotência, o medo do futuro, do desconhecido, o isolamento e a falta de suporte social e emocional com que a família se poderá deparar.</p> <p>O enfermeiro especialista tem um importante papel a nível da intervenção comunitária através da elaboração e implementação de planos de educação para a saúde, no sentido de alertar para situações de risco da Esquizofrenia, vigilância do curso/evolução da doença, assim como na minimização do estigma e reabilitação /reinserção social destes doentes.</p>				
10. Objectivos Gerais: <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os familiares para a problemática da Esquizofrenia; 		11. Objectivos específicos: <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer conceitos relacionados com a Esquizofrenia; - Mostrar a importância da Reabilitação Psicossocial da Esquizofrenia; - Alertar para o Abuso de substâncias em doentes com Esquizofrenia; - Reduzir o estigma relacionado com a doença. 		

1

12. Conteúdos:		
<ul style="list-style-type: none"> • Introdução: (5 minutos): - Apresentação; - Fundamentação do tema; - Definição de objectivos da sessão; 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento: (20 minutos): - O que é a Esquizofrenia? - Primeiros sinais - Causas da Esquizofrenia - Diagnóstico - Tratamento - Reabilitação Psicossocial - Prevenção da Recaída - O papel do doente e da família na esquizofrenia - Prognóstico - Vencer o estigma relacionado com a Esquizofrenia - Questões práticas relacionadas com a doença - Situações frequentes e problemáticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Conclusão: (10 minutos): - Resumo Global - Clarificação de dúvidas/Debate de ideias - Avaliação da Sessão - Distribuição de folheto informativo sobre Esquizofrenia - Encerramento
13. Recursos/Material: <ul style="list-style-type: none"> - Data show e computador; 	14. Metodologias de Formação: <ul style="list-style-type: none"> - Expositivo e Interrogativo; - Utilização de Meios Audiovisuais. 	
15. Tipo de Avaliação: <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de um Questionário de Avaliação da Sessão Psicoeducativa junto dos participantes, no final da sessão. 		
16. Referências Bibliográficas: <ul style="list-style-type: none"> - AFONSO, Pedro – <i>Esquizofrenia: conhecer a doença</i>. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN 972-796-072-3; - AFONSO, Pedro – <i>Esquizofrenia. Para além dos mitos, descobrir a doença</i>. 1ª Edição. Cascais: Principia Editora, 2010. ISBN: 978-989-8131-63-8; - CAMPOS, Luísa Parreira C. V. – <i>Doença Mental e Prestação de Cuidados</i>. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. ISBN 978-972-54-0240-5; - LISBOA, Mária T. L. – <i>Enfermagem Psiquiátrica</i>. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006. ISBN 85-277-1043-9. 		

2


CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRAGA

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

**CONHECER A
 ESQUIZOFRENIA**




REALIZADO POR: Ent.^a Sérgio Nogueira

Braga, Janeiro de 2012

Sumário:

- O que é a Esquizofrenia?
- Primeiros sinais
- Causas da Esquizofrenia
- Diagnóstico
- Tratamento
- Reabilitação Psicossocial
- Prevenção da Recaída
- O papel do doente e da família na esquizofrenia
- Prognóstico
- Vencer o estigma relacionado com a Esquizofrenia
- Questões práticas relacionadas com a doença
- Situações Frequentes e Problemáticas



O que é a Esquizofrenia?

- A Esquizofrenia é uma doença psiquiátrica crónica, marcada pelo afastamento da realidade, pensamento ilógico, possíveis delírios e alucinações, alterações emocionais, comportamentais ou intelectuais;
- A esquizofrenia afecta todas as raças, culturas, classes sociais e ambos os sexos (manifesta-se habitualmente nos homens entre os 15-25 anos e no sexo feminino entre os 25-30 anos);
- Existem 4,5 esquizofrénicos por cada 1000 habitantes. O risco de desenvolver a doença ao longo da vida é cerca de 0,7%;


(Alfonso, 2010)



Causas da Esquizofrenia


Não se sabe quais as causas da esquizofrenia:

- considera-se que a hereditariedade tem uma importância significativa;
- estudos feitos por TAC e RMN mostram que alguns pacientes em que foi diagnosticada a Esquizofrenia têm pequenas alterações cerebrais (diminuição de certas áreas do cérebro), ou Lesões cerebrais precoces



Diagnóstico

- O diagnóstico é feito por um médico especialista em psiquiatria, a partir das manifestações da doença;
- Não existe nenhum exame de laboratório que permita confirmar o diagnóstico da doença;





Tratamento

- Actualmente não existe uma cura, mas com tratamento adequado, é possível um controle parcial ou total de grande parte dos sintomas;
- Alguns sintomas (apatia, desinteresse, isolamento social) persistem mesmo após as crises, portanto é necessário um plano individual de reabilitação psicossocial do paciente;

Reabilitação Psicossocial

O tratamento psicossocial tem por objectivo ajudar o paciente a lidar com as dificuldades do dia-a-dia e a promover a reintegração do paciente na família e na sociedade.

Objectivos gerais da reabilitação na esquizofrenia

- Permitir um reinserção e integração social do doente;
- Diminuir as incapacidades resultantes da doença;
- Diminuir o nº de recaídas e de internamentos hospitalares;
- Proporcionar uma maior autonomia socioeconómica;
- Melhorar o desempenho dos papéis sociais;
- Melhorar a qualidade de vida do doente e o grau de auto-satisfação

(Almeida, 2010)

Prevenção de Recaída

É importante estar alerta para o aparecimento de sintomas de aviso de recaída. Estes sintomas, também designados sinais de alarme, são as primeiras manifestações de recaída. Existe uma ocorrência regular de sintomas de aviso antes de cada episódio psicótico.

Principais sinais de recaída

- Comportamento estranho ou bizarro
 - Inedências ou perturbações do sono
 - Agitação, apatia ou irritabilidade
- Isolamento, recusa em sair de casa ou de estar com os outros
 - Abandono do trabalho ou da escola
 - Decisão da higiene pessoal ou da aparência
 - Idéias estranhas ou discurso incoerente
- Alteração da sensibilidade à luz ou ao barulho
 - Excessivas percepções religiosas
- Dificuldades de concentração ou voltar frio e rápido
 - Abuso do álcool ou outras substâncias
 - Exageros ou restrições alimentares

(Almeida, 2010)

O papel do doente e da família na esquizofrenia

- O doente com esquizofrenia deverá ter um papel activo no tratamento e controlo da sua doença (indispensável não faltar às consultas com o Psiquiatra e tomar medicação conforme prescrição);
- É importante que o doente e a família percebam que se trata de uma doença crónica, podendo os sintomas em certas alturas agravar-se, mesmo que cumpra o tratamento prescrito, pelo que poderão ser necessários ajustes ocasionais na medicação;
- Importância do envolvimento familiar positiva:
 - Diminuição do número de hospitalizações e recaídas
 - Aumento da adesão às diferentes opções de tratamento
 - Diminuição da taxa de criminalidade entre os doentes esquizofrénicos

Prognóstico

- Ao longo de 30 anos
 - 25% dos doentes recuperam completamente
 - 35% melhoram significativamente e alcançam uma relativa independência
 - 15% melhoram, mas necessitam de apoio
 - 25% permanecem hospitalizados e sem melhoras

Vencer o estigma relacionado com a Esquizofrenia



- Estigma é qualquer atributo ou característica que desclassifica fortemente o indivíduo aos olhos dos outros;
- O estigma é um fenómeno de exclusão social, deve ser combatida a vários níveis, cujos principais intervenientes são: as pessoas que sofrem de esquizofrenia e as suas famílias; os profissionais de saúde e os órgãos de comunicação social;
- Como vencer o estigma?
 - As pessoas que sofrem de esquizofrenia e os seus familiares devem compreender e aceitar que a esquizofrenia é uma doença crónica, de que ninguém é culpado, e que actualmente existem tratamentos que permitem a recuperação do indivíduo. Uma vez recuperado, o indivíduo poderá continuar fazer a sua vida familiar ou profissional;

Questões práticas relacionadas com a doença

É muito importante que o doente e familiares detenham conhecimentos acerca dos factores que contribuem para a estabilização da doença, tais como:

- Tomar a medicação regularmente.
- Evitar o consumo de substâncias como o álcool ou drogas psicoactivas;
- Manter um horário de Sono Regular;

Situações Frequentes e Problemáticas



- **O Abandono da Medicação:** é uma situação habitual.

Conselhos Práticos a seguir perante esta situação:

- Não seja autoritário ou agressivo com o doente;
- Tente explicar que caso o doente abandone a medicação, as vozes, os medos, as ilusões, poderão voltar a aparecer, havendo grande probabilidade de ser internado;
- Nunca coloque a medicação na comida ou em alimentos, pois pode aumentar a desconfiança do doente;
- Dê o exemplo de alguém conhecido do doente que tenha outra doença crónica, por exemplo diabetes, e tenha de tomar medicação todos os dias.
 - Contacte o pédiatra residente ou recorra ao serviço de urgência.

Em associação à medicação oral, poderá ser prescrita uma injeção periódica de antipsicótico de longa duração, que pode contribuir para reduzir as recaídas, e tem a vantagem de permitir verificar se o doente cumpre a terapêutica.

(Almeida, 2010)

Situações Frequentes e Problemáticas (cont.)



- **A situação de crise ou recaída:**

Procure estar atento aos sinais de suspeita de recaída, caso estejam presentes procure:

- Manter a calma;
- Criar um ambiente tranquilo em casa e com poucos estímulos: por exemplo, desligue a televisão e o rádio, ou coloque-os num volume baixo;
- Não se irrite e não discuta;
- Mostre compreensão e não tente debater ideias que lhe pareçam estranhas ou bizarras;
- Peça ajuda a um familiar ou amigo;
- Contacte o pédiatra residente ou leve o doente ao serviço de urgência;
- Caso o doente recuse o tratamento e não haja outra alternativa, poderá iniciar um processo de internamento compulsivo, contactando o delegado de saúde ou o tribunal.

(Almeida, 2010)



"[...] Quando do pólen branco, que assim morre em quelamento, virmos de ocozetas fôlissimas, implantadas no olmo português por uma educação violenta e atrozmente"

António Ribeiro de Sá, in Os Inimigos em Portugal (1981)

Entidades de Tratamento da Esquizofrenia e Apoio na Reabilitação Psicossocial

No distrito de Braga:

Associação de Apoio à Saúde Mental «O Balão»
Rua de S. Válcio, 17/20
4710-418 Braga
Telf: 252 254 962
Fax: 252 254 962
E-mail: saas@o-baloao.org

Casa de Saúde de S. João de Deus – BIC
Av. Paço Redentor, 147
4710-418 Saracem
Telf: 252 808 210
Fax: 252 808 219

E-mail: psa@casasdeusbraga.org
Endereço Web: www.psa.org.br

Casa de Saúde António Alves – BRACI
R. Dr. António Alves Faria, n.º 2
4710-000 Braga
Telf: 252 229 030
Fax: 252 229 031
E-mail: psa@braci.org
Endereço Web: www.braci.org



Referências Bibliográficas:



- AFONSO, Pedro – Esquizofrenia: causas e doenças. 1ª edição. Lisboa: Climep Editores, 2002. ISBN: 972-794-072-3;
- AFONSO, Pedro – Esquizofrenia Para além dos mitos, doenças e drogas. 1ª Edição. Cascais: Pícaro Editora, 2010. ISBN: 978-999-6131-63-6;
- CAMPOS, Luísa Parrinha C. V. – Doenças Mentais e Prática de Cuidados. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, ISBN: 978-972-54-2243-5
- LISBOA, Mária T. L. – Esquizofrenia Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006. ISBN: 85-277-1043-9

FIM

Obrigado pela vossa atenção!



ANEXO XXI – Entrevista de Zarit de sobrecarga do cuidador

ENTREVISTA DE ZARIT DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

Zarit Burden Interview (Zarit, Orr & Zarit, 1985)*

Instruções:

Segue-se uma lista de perguntas em relação aos sentimentos ou ideias que as pessoas têm, por vezes, quando cuidam de um familiar doente. Por favor, assinale, para cada pergunta, a resposta que melhor indica a frequência com que se sente dessa forma ou tem esses pensamentos ("nunca", "raramente", "algumas vezes", "bastantes vezes", "quase sempre", etc.)

Não existem respostas certas ou erradas, só interessa o que melhor se aplica a si próprio. Muito obrigado.

1. Acha que o seu familiar pede mais ajuda do que realmente ele(ela) precisa?
 Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
2. Acha que não tem tempo suficiente para si próprio(a), devido ao tempo que tem de dedicar ao seu familiar?
 Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
3. Sente-se em "stress" por ter de se dividir entre o cuidar do seu familiar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família)?
 Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
4. Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?
 Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
5. Sente-se irritado(a) ou zangado(a) quando está com o seu familiar?
 Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
6. Acha que o seu familiar está, presentemente, a afectar, de forma negativa, a sua relação com outros membros da família ou
 Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
7. Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar?
 Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
8. Acha que o seu familiar está dependente de si?
 Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
9. Sente-se em tensão quando está com o seu familiar?
 Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
10. Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa do seu envolvimento com o seu familiar?
 Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre

* Versão autorizada para Portugal (M. G. Pereira M. Sobral, 2006).

11. Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por ter de cuidar do seu familiar?
- Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
12. Acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar do seu familiar?
- Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
13. Sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu familiar?
- Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
14. Acha que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pode contar?
- Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
15. Acha que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, tendo em conta todas as suas outras despesas?
- Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
16. Acha que já não será capaz de continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?
- Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu?
- Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
18. Deseja que pudesse ser uma outra pessoa a cuidar do seu familiar?
- Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
19. Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?
- Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
20. Acha que devia estar a fazer mais pelo seu familiar?
- Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
21. Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?
- Nunca Raramente Algumas Vezes Bastantes Vezes Quase Sempre
22. De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado(a) por estar a cuidar do seu familiar?
- Nada Um pouco Moderadamente Muito MUITÍSSIMO

ENTREVISTA DE ZARIT DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

COTAÇÃO DOS ÍTENS:

Nunca/Nada - 0
 Raramente/Um pouco - 1
 Algumas vezes/Moderadamente - 2
 Bastantes Vezes/Muito - 3
 Quase Sempre/Muitíssimo - 4

RESULTADOS:

Sem sobrecarga - < 46
 Sobrecarga moderada - 47 a 55
 Sobrecarga intensa - > 56

**ANEXO XXII – Sessão
formativa sobre “As
Dependências”**

PLANO DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Formador: Sérgio Nogueira (Aluno do Curso De Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP)


Local: CSBJ – Projecto Consentido


1. Título da Intervenção: Alcoolismo			2. Nº de Sessões: 1	
3. Data: 20 de Janeiro 2012	4. Local: Biblioteca	5. Hora de Início: 14:30	6. Tempo duração: 40 minutos	
7. Destinatários: Técnicos do Projecto Consentido			8. Nº de Participantes: 7	
9. Fundamentação: A dependência alcoólica corresponde a um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após repetido uso de álcool. Inclui um desejo intenso de consumir bebidas, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras actividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado (WHO, 1992). A co-morbilidade psiquiátrica é frequente entre os consumidores de álcool problemáticos: até 80% para distúrbios neuróticos, até 50% para distúrbios de personalidade e até 10% para muitas outras patologias psiquiátricas (Raistrick et al., 2006). A procura de ajuda surge muitas vezes a partir de uma vivência prolongada de Problemas Ligados ao Alcool, nomeadamente nos aspectos da saúde, das relações interpessoais ou de problemas financeiros ou legais, depois de tentativas mal sucedidas de resolver o problema por si mesmo. Assim os profissionais de saúde devem intervir o mais precocemente, junto destas pessoas/famílias com consumos de risco/modivos de álcool de forma a restabelecer hábitos de vida mais saudáveis.				
10. Objectivos Gerais: - Sensibilizar os técnicos de saúde para a problemática do alcoolismo;		11. Objectivos específicos: - Informar sobre os Problemas Ligados ao Alcool; - Apontar a epidemiologia do problema do alcoolismo; - Revelar a Dimensão e gravidade do problema do alcoolismo; - Mostrar as implicações Neuropsiquiátricas do alcoolismo; - Mostrar a Comorbilidade associada ao alcoolismo; - Informar sobre o tratamento ao doente alcoólico; - Sensibilizar para boas práticas perante um doente alcoólico		

1

12. Conteúdos:		• Desenvolvimento: (30 minutos):	• Conclusão: (5 minutos):
<ul style="list-style-type: none"> • Introdução: (5 minutos): - Apresentação; - Fundamentação do tema; - Definição de objectivos da sessão; 		<ul style="list-style-type: none"> - Aspectos Históricos - Conceitos - Crenças e Falsos conceitos - Epidemiologia - Padrões de consumo - Dimensão e Gravidade do Problema - Problemas ligados ao álcool <ul style="list-style-type: none"> - Alcoolismo na família - Manifestações Neuropsiquiátricas do alcoolismo - Diagnóstico de abuso e dependência alcoólica - Comorbilidade - Tratamento do doente alcoólico - Atitude certa perante um doente com problemas de abuso de álcool 	<ul style="list-style-type: none"> - Resumo Global - Clarificação de eventuais dúvidas - Avaliação da Formação - Encerramento
13. Recursos/Material: - Data show e computador;		14. Metodologias de Formação: - Expositivo/ Interactivo/ Interrogativo; - Utilização de meios Audiovisuais.	
15. Tipo de Avaliação: - Aplicação de um questionário de Avaliação Quantitativa da acção de formação no final da sessão.			
16. Referências Bibliográficas: - BORGES, Carina Ferreira & FILHO, Hilson Cunha – <i>Alcoolismo e Toxicodependência: Usos, Abusos e Dependências</i> . Lisboa: Climepsi Editores, 2004; - MELLO, Maria Lucília Mercedes de; BARRIAS, José; BREDA, João - <i>Alcool e problemas ligados ao álcool em Portugal</i> . Lisboa: DGS, 2001 - MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. - <i>Entrevista motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos aditivos</i> . Porto Alegre: Artmed, 2001 - NEGREIROS, J.; MAGALHAES, A. <i>Estimativas da prevalência do consumo de drogas</i> . ID T, 2009 - NOGUEIRA, T.S.; RIBEIRO C. - <i>Abordagem terapêutica da dependência alcoólica</i> in Revista Port. Clínica Geral, 2008 - PORTUGAL, Ministério da Saúde. <i>Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Alcool 2009-2012</i> . Lisboa: Ministério da Saúde, 2009. - WHO Regional Office for Europe (1992). <i>European Alcohol Action Plan</i> . Copenhagen: WHO. - Raistrick, D.; Heather, N.; Godfrey, C. (2006). <i>Title Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems</i> . Uk: The National Treatment Agency for Substance Misuse. - http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/index.html			

2


CATÓLICA
 UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
 CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA
AS DEPENDÊNCIAS
 Módulo I – Alcoolismo
 Módulo II – Toxicodependência
 Módulo III - Tabagismo
 REALIZADO POR: Ent.^a Sérgio Nogueira
 Bragança, Janeiro de 2012



DEPENDÊNCIAS

Químicas

↓



São o álcool, drogas, tabaco, café e fitomarcas

Não Químicas

↓

São o trabalho, as compras, o jogo, sexo, internet

-O QUE É A DEPENDÊNCIA?
 É UMA UTILIZAÇÃO INADEQUADA DE UMA DROGA POR QUEM A CONSUME.

A dependência remete sempre para a relação de uma pessoa com a substância.



Todas as substâncias viciantes têm aspectos positivos e negativos e podem ser melhor ou pior utilizadas pelas pessoas.

A dependência é uma utilização inadequada de uma droga por quem a consome, provocando a necessidade física e/ou psicológica, dessa substância viciante.

Existem 2 tipos de dependências

Psicológica





Física

DEPENDÊNCIA PSICOLÓGICA:




É um atributo do uso abusivo de todas as substâncias, consistindo na sensação experimentada pelo consumidor de que necessita da substância para atingir um melhor nível de actividade ou uma sensação de bem estar superior, recorrendo por isso de forma quase sistemática ao seu consumo.

É o tipo de dependência mais grave que é provocada por drogas psicoactivas (caracterizam-se pelo poder de modificar as funções do Sistema Nervoso Central).

DEPENDÊNCIA FÍSICA:

Existe quando o organismo se adaptou fisiologicamente ao consumo habitual de uma determinada substância, verificando-se quando há uma interrupção ou diminuição acentuada do consumo dessa mesma substância.




- O QUE SÃO DROGAS?

↓

Todas as substâncias que podem modificar uma ou mais funções de um organismo vivo em que são introduzidas.

DROGA: "todas as substâncias naturais ou sintéticas, cuja acção exercida no sistema nervoso modifica a consciência e o comportamento daqueles que as tomam".



DROGA PSICOACTIVA: "qualquer substância que altere o seu 'humor' (o torna triste, raivoso, deprimido), altere a sua 'percepção do ambiente externo' (tempo, localização, condições), ou altere a sua 'percepção do ambiente interno' (sonhos, imagens)".

ROGAS

Depressoras:
Reduzem a estimulação fisiológica, reduzem a tensão psicológica e podem provocar o relaxamento. Há três tipos de depressoras: o álcool, os barbitúricos e as benzodiazepinas.



Narcóticos:
Apesar de ser frequentemente usado para referir drogas ilegais, o termo refere-se a uma classe específica de drogas derivadas do ópio.
Os narcóticos têm por efeito o entorpecimento dos sentidos e a criação de um estado semelhante ao sono.
No entanto, o consumo de doses elevadas pode causar um grau prolongado de relaxamento que pode levar à paragem respiratória e, como consequência, à morte.
Os narcóticos incluem o ópio, a morfina e a heroína.

ROGAS



Estimulantes:
Provocam estados de euforia, porque aumentam os níveis de determinados neurotransmissores e, desta forma, aumentam o nível de actividade neurológica do sistema límbico, um sistema que é responsável pelo prazer.
Os dois estimulantes mais poderosos são as anfetaminas e a cocaína, mas também poderiam incluir a cafeína e a nicotina.

Alucinogénios:
Têm por efeito distorcer experiência sensorial.
Sob o efeito de alucinogénios, o que o indivíduo vê ou ouve é alterado, mudado ou deformado.
Tais distorções podem ser chamadas de alucinações, experiências de percepção que não têm por base a realidade.
Alguns alucinogénios são o cannabis, o LSD e a mescalina.

• **Módulo I – Alcoolismo**

- Aspectos Históricos
- Conceitos
- Crenças e Falsos conceitos
- Epidemiologia
- Padrões de consumo
- Dimensão e Gravidade do Problema
- Problemas ligados ao álcool
 - Alcoolismo na família
- Manifestações Neuropsiquiátricas do alcoolismo
- Diagnóstico de abuso e dependência alcoólica
- Comorbilidade
- Tratamento do doente alcoólico
- Atitudes correctas
- Rastreo

Aspectos Históricos

- Época neolítica: descoberta do álcool;
- Egípcios: normas e advertências sobre o uso e abuso de cerveja;
- Romanos: leis sobre cultivo e comércio;
- Séc. XIV: destilação e uso medicinal;
- Séc. XVII: comercialização moderna do vinho e outros;
- Séc. XVIII e XIX: desenvolvimento e comercialização do álcool;
- Séc. XX: na 1ª metade do século cada país com padrões de consumo muito próprios; depois globalização dos padrões de uso.

Aspectos Históricos (cont.)

- Séc. XVIII (final): modelo médico do alcoolismo e sua medicalização; deixando assim o campo da moral;
- Magnus Huss, no seu tratado *Atrochismus Chronicus* (1849) descreve esta afecção como "forma de doença correspondendo a intoxicação crónica", ficando definitivamente incorporado no campo da medicina;
- Psiquiatria Francesa (séc. XIX): intoxicação alcoólica como causa de patologia psiquiátrica;
- Morel, Magnan e Legrain (início séc. XX): descrevem a degeneração causada pelo álcool.

ALCOOLISMO




Conceitos

Álcool – Produto resultante de fermentação de açúcares de numerosos produtos de origem vegetal (frutos, mel, cereais) sob a influência de micro organismos ou leveduras.

Alcoólico – Todo aquele que perdeu a liberdade de se abster de ingerir bebidas alcoólicas, podendo apresentar perturbações físicas, psíquicas, familiares, económicas e sociais.

Alcoolismo Agudo – estado de embriaguez, perda de equilíbrio e controle, alterações da consciência, coma e morte.

Alcoolismo Crónico – resulta do uso habitual do álcool em quantidades superiores às capacidades do organismo acompanhado de alterações físicas (cirrose hepática) e alterações mentais (delírium, demência).

CONCEITOS

Segundo Jellinek "Alcoólismo – todo o uso de bebidas alcoólicas susceptível de causar prejuízo no indivíduo, na sociedade ou em ambos".

O alcoólismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas motivados pelo álcool no indivíduo, estendendo-se em vários planos, causando perturbações orgânicas e psíquicas, da vida familiar, profissional e social, com repercussões económicas, legais e morais. *para, José de Melo, Series et Brak, 1993*

A OMS define o alcoólismo como "a totalidade dos problemas motivados pelo álcool no indivíduo e estendendo-se em vários planos, causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social com suas repercussões económicas, legais e morais".

TOLERÂNCIA/HABITUAÇÃO

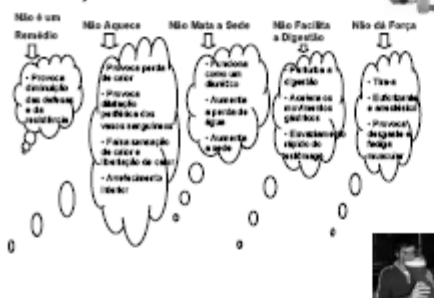
"Beber mais para obter o mesmo efeito"

A álcool-desidrogenase, que transforma o etanol em acetaldéido, é deficientemente produzida em indivíduos pouco habituados ao consumo.

Por isso existe uma maior tolerância ao álcool nos indivíduos habituados a consumir.

A tolerância vai aumentando progressivamente à medida que aumentam as quantidades consumidas, diminuindo mais tarde, significativamente, quando os órgãos e sistemas sofrem os efeitos do consumo excessivo e prolongado das bebidas alcoólicas.

Crenças e Falsos Conceitos



Bebidas "ditas" sem álcool



Bebidas com pouco álcool – são bebidas cuja fermentação não produz elevado teor de etanol (álcool etílico) ou são bebidas com fermentação controlada (cida) ou cocktails com azeite ou refrigerantes.

Bebidas "ditas" sem álcool – têm, de uma maneira geral, uma certa percentagem de álcool (até 5%) e dentro desta classe incluem-se as cervejas sem álcool, alguns vinhos e outras bebidas afins.

Epidemiologia

- No mundo, o álcool provoca 1,8 milhões de mortes (4% do peso global da doença)
- Um em cada 4 homens e uma em cada 10 mulheres consomem álcool na Europa a níveis perigosos e prejudiciais à saúde.
- Uma em 4 ocasiões de consumo inclui um consumo de 6 ou mais unidades de álcool e 5% dos europeus adultos são dependentes do álcool
- 9,2% da incapacidade e morte prematura na Europa é devido ao álcool. Nos homens é 14%.
- O álcool é a substância psicoativa lícita de abuso mais consumida em Portugal; aproximadamente 1,8 milhões de portugueses são bebedores excessivos (World Drink Trends, 2005).
- Em Portugal em 2002, registaram-se 156 óbitos devidos a perturbações mentais e do comportamento devidas ao uso de álcool, significando um aumento de 136% em relação a 1995 (INE, 2005).

Epidemiologia (cont.)

- Em Portugal o consumo per capita de álcool é um dos mais elevados do mundo, cerca de 9,6 litros de álcool puro/ano, sendo o 8º no ranking mundial:
 - 4º a nível de consumo de vinho (42L/ano);
 - 23º a nível de consumo de cerveja (58,7L);
 - 31º a nível de consumo de bebidas espirituosas (1,4L)
- >15% de suicídios (80% são ♂);
- Cerca de 50% de fatalidades automobilísticas envolvem condutores embriagados;
- O álcool está envolvido em 50% dos homicídios e em 20 a 30% dos acidentes de trabalho;
- Principais causas de morte: gastrointestinais (32%), neoplásicas (29%);
- Início mais frequente entre os 16 e 30 anos, sendo mais precoce em ♂ do que ♀, mas as complicações progredem mais rapidamente nas mulheres

Padrões de consumo



- Consumo diário de baixa graduação (vinho e cerveja): adultos em meios rurais, ligado à alimentação (o mais comum em Portugal);
- Ingestão de bebidas alcoólicas destiladas e cerveja: sobretudo jovens e ao fim de semana (o mais comum dos países anglo-saxónicos);
- Assiste-se a uma globalização do consumo, isto é, para o tipo anglo-saxónico

Dimensão e Gravidade do Problema



- Mais de 60% dos jovens de ambos os sexos 12-16 anos e mais de 70% com +16 anos consomem regularmente bebida alcoólica;
- Cerca de 10,3% da população portuguesa com + 15 anos é doente alcoólica e 13,7% é bebedora ocasional;
- 45% e 10% dos internamentos em Hospitais gerais encontram-se relacionados com consumo excessivo de álcool;
- 30% dos internamentos em Hospitais Psiquiátricos e 37% dos comportamentos suicidários são relacionados com doenças alcoólicas;
- A mortalidade ligada ao álcool estima-se como a 4ª causa de morte;
- Relação firme entre álcool e doenças mortais como cirrose hepática, neoplasias das vias respiratórias, do aparelho digestivo superior, colo-rectais, fígado, hipertensão arterial, pancreatite crónica, AVC, hemorragias... mesmo com consumos ditos reduzidos;
- Em 90% das doenças alcoólicas há comorbidade familiar, 76% problemas laborais (baixa frequência, falta, conflitos, falta de rendimento, instabilidade), 69% complicações sociais das quais 16,5% problemas jurídico-criminais;
- A criminalidade associada é exponencialmente mais elevada sob efeito de álcool (condução, crimes sexuais, ofensas corporais...)



PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL

Álcool e violência: 71,5% dos autores das agressões são dependentes de álcool. (APAV 2002)



Patologias associadas ao consumo de álcool: cânceros da boca, faringe, laringe, esófago e fígado; gastrites, úlceras, cirrose, hepatite; doenças cardíacas e risco de hipertensão arterial; impotência sexual, atrofia testicular; na gestação (malformações genéticas).

Aumento do risco de suicídio, crimes violentos, outros comportamentos criminais e de victimização incluindo o roubo e violação.



ALCOOLISMO NA FAMÍLIA

A complexidade da "doença" implica a consideração de múltiplos factores causais, especialmente resultantes da interação entre os genéticos, ambientais, sociais, psicológicos e culturais.

Os filhos de alcoólicos são 4 a 6 vezes mais vulneráveis ao aparecimento da doença (Grodzky, Geller, 1979).

O alcoolismo e a sua negação na família afectam significativamente o desenvolvimento e a transmissão de papéis através de mecanismos de aprendizagem social, modelagem e dos processos psicológicos de imitação e de identificação.



ALCOOLISMO NA FAMÍLIA

A vida de uma família é feita de mudanças: o ingresso dos filhos na escola, no trabalho, o casamento, a saída de casa...

Reagem mais positivamente às mudanças as que têm:

- Melhor comunicação entre os seus membros;
- Clara separação das gerações;
- Maior coesão e respeito da individualidade de cada um;
- Maior flexibilidade dos papéis.



As famílias alcoólicas são geralmente sistemas rígidos, com dificuldade de lidar com mudanças, onde o surgimento de um acontecimento pode desencadear graves crises ou a ruptura:

- Delinquência;
- Desemprego prolongado;
- Nascimento de um filho;
- Doença prolongada de um membro;
- Identificação de um membro como alcoólico.

ALCOOLISMO NA FAMÍLIA

O problema do alcoolismo não é de respeito apenas à pessoa que consome.



Os membros da família, as pessoas mais próximas são particularmente atingidas.


"Doença do sistema familiar"



Uma vez que cada um está envolvido, quer no processo de desenvolvimento do problema, quer na sua resolução.

REACÇÃO DA FAMÍLIA AO ALCOOLISMO

A reacção da família ao alcoolismo passa por três fases.



1. Negação familiar e social do álcool como um problema:


- Minimização do problema;
- Procura de justificações para os consumos excessivos;
- Gestão irresponsável da economia familiar;
- Diminuição das responsabilidades;

2. Vida familiar e social caóticas:

- Crescente agressividade relações conjugais e familiares;
- Dificuldades económicas crescentes;
- Sentimentos auto-piedade, depressão, doença reactiva;
- Dificuldades no relacionamento sexual ➔ Delírio de ciúme.

Poderá aparecer o cenário de separação ou divórcio.

REACÇÃO DA FAMÍLIA AO ALCOOLISMO (cont.)




Se o cenário de separação ou divórcio não se concretizar.

3. Reestruturação da vida familiar:

- O indivíduo alcoólico fica à margem na nova organização familiar;
 - Estabelecimento de novas regras;
 - Alteração na hierarquia, coligação e alianças;
 - Alteração de papéis, assumindo o cônjuge não alcoólico a função de "chefe de família".

ÁLCOOL E VIOLÊNCIA FAMILIAR



"Nos problemas conjugais que redundam em violência doméstica dirigida às mulheres, o agressor está sob o efeito do álcool em 16% dos casos"
Lourinho, 1997

"O álcool está presente em 26% das situações de maus tratos infantis, aumentando esta percentagem para 49% se falarmos apenas de maus tratos físicos"
Almeida, 1996


"Existência de situações de alcoolismo em 84,5% das famílias envolvidas em situações de maus tratos físicos"
Amaro, 1986

Manifestações Neuropsiquiátricas do alcoolismo




- Abuso;
- Dependência;
- Perturbações induzidas pelo álcool:
 - Intoxicação
 - "Blackout" alcoólico;
 - Síndrome de abstinência e Delírio Tremens
 - Convulsões;
 - Síndrome de Wernicke-Korsakow
 - Demência;
 - Perturbações Psíquicas;
 - Outras (ansiedade, depressão, alterações do sono e da função sexual)

Abuso – DSM-IV-TR



Padrão disadaptativo de consumo do álcool levando a d[é]ficit ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por um (ou mais) dos seguintes, ocorrendo durante um período de 12 meses:

- 1) Consumo recorrente de álcool resultando na incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa (ex. negligenciar filhos ou deveres domésticos);
- 2) Consumo recorrente de álcool em situações em que tal se torna fisicamente perigoso (ex. guiar veículos);
- 3) Problemas legais recorrentes relacionados com o álcool;
- 4) Continuação do consumo de álcool apesar dos problemas sociais ou interpessoais, persistentes ou recorrentes, causados ou exacerbados por ele (ex. discussões e violência doméstica).

Diagnóstico da dependência alcoólica DSM-IV, caracteriza-se por:

- Forte desejo ou compulsão para consumir álcool;
- Comprometimento da capacidade de controlar o comportamento do uso do álcool em termos do início, termo ou níveis de uso;
- Estado fisiológico de abstinência quando o uso do álcool é reduzido ou interrompido;
- Evidência de tolerância;
- Redução ou abandono de outros interesses com o uso do álcool;
- Uso persistente com consequências nocivas.



Comorbilidade



- **Depressão:**
 - atinge 20 a 50% dos dependentes de álcool;
 - 70% dos alcoólicos com queixas de disforia;
 - Factores predispõem: História familiar, sexo ♀, início precoce do consumo, divorciado, nível sócio-económico baixo, antecedentes de perturbação de ansiedade, consumo de outras drogas, ideação suicida.
- **Perturbações da ansiedade (PA):**
 - sintomas ansiedade >50% dos dependentes;
 - A presença de PA aumenta 4x o risco de dependência do álcool;
- **Perturbações da personalidade (PP):**
 - Mais frequente a PP anti-social: prevalência de 15-25%;
 - Mais prevalência de alcoolismo na PPA de 50-75%;
- **Perturbação de défice de atenção com hiperactividade:**
 - 23% dos que abusam de substâncias

Comorbilidade (cont.)



- **Perturbações Psíquicas:**
 - Perturbação delirante de ciúme (2,2:1 ♀);
 - Esquizofrenia (3-4% das pessoas com alcoolismo);
- **Abuso de outras drogas:**
 - Mais frequentes: nicotina; cocaína; opiáceos e benzodiazepinas.
- **Jogo Patológico;**
- **Perturbações alimentares:**
 - até 30% de ♀ jovens alcoólicas (mais comum a bulimia);
- **Suicídio:**
 - risco de suicídio nesta população é de 60 a 100x maior
 - 25% com tentativas de suicídio;
 - 5-27% das mortes em alcoólicos são por suicídio;
 - 15-25% de todos os suicídios são de pessoas com problemas relacionados com o álcool

Tratamento do doente alcoólico

A reabilitação integral do doente alcoólico, nos planos físico, mental, social implica, após a desintoxicação, a manutenção de uma abstinência total e definitiva, da extinção da conduta dependente.

Deve ter-se em consideração as características individuais e a vulnerabilidade de cada doente.



Fase preparatória



- **Motivar o doente:**
 - Desculpabilizá-lo;
 - Fazer-lhe ver a possibilidade de uma mudança;
 - Mostrar-lhe os ganhos que advirão desta mudança;
 - Reforçar a auto-estima.

Nesta fase é importante fazer uma avaliação do estado cognitivo de mudança em que o doente se encontra

Ciclo de mudança



Prochaska e Di Clemente (1986) descreveram um conjunto de etapas que decorrem do processo de mudança de comportamentos; a motivação para mudar vai crescendo gradualmente, mas também pode existir a recaída, o retorno a uma etapa anterior.

Estas etapas são:

- Pré - contemplação – não aceitam que tem um problema e não estão motivados para mudar
- Contemplação – não está certo de querer mudar;
- Decisão / Acção – muda o comportamento

Fase de desintoxicação

- Implica a imediata e total supressão do álcool e a prevenção ou tratamento da síndrome de abstinência alcoólica;
- O tratamento medicamentoso da desintoxicação consiste em: sedação - benzodiazepinas + antidopaminérgicos (tiapride), hidratação abundante e vitaminoterapia (complexo B especialmente a tiamina)



Sintomas de privação



- Na ausência de tratamento, os sintomas de privação podem ocorrer:
 - Nas primeiras 24h: ansiedade, inquietação, náuseas, insónias, sudção, suores faciais, HTA, tremores;
 - Entre as 24 e 72h: inquietação marcada, agitação, tremores moderados, podem juntar-se alterações da percepção, alucinações visuais, auditivas ou cinestésicas, desorientação, convulsões
 - Entre as 72 e 96h: febre, taquicardia, sudção abundante e tremores generalizados



Fase de desabitução ou estabilização

- Tratamento farmacológico da apatência para o álcool – manutenção da abstinência. Fármacos anti-craving, que diminuem o desejo e a compulsão para beber.
Disulfiram: provoca reacção aversiva ao álcool, implica informação detalhada ao doente, não deve ser usado em doentes com insuficiência hepática renal ou cardíaca, polineuropatia e gravidez, compromisso com o doente e familiar. Deve existir grande motivação. Alertar o doente para os riscos de utilização de todas as substâncias que contenham álcool.
Acamprosato: diminuição da apatência para o álcool, do "craving", maiores períodos de abstinência e recaídas menos intensas. Sem interações com o álcool e com outras drogas;
Naltrexone: pode auxiliar na redução do consumo, pode atenuar os efeitos do álcool.

Prevenção das recaídas

- Tratamento individualizado, abordando os pensamentos do sujeito que determinam o seu comportamento;
- Apoiar a motivação, evitando situações ou lugares onde habitualmente fazia o consumo;
- Utilização do suporte familiar e/ou amigos na valorização da mudança de comportamento;
- Desenvolvimento de comportamentos alternativos;
- Programas de treino de assertividade, competências de comunicação, resistência à pressão de grupos.

Tratamento Psicossocial



- Tratamentos que podem ser benéficos:
- Terapias cognitivas e comportamentais para melhorar o auto-controle e as competências sociais.
 - Intervenções breves (motivação, feedback e aconselhamento).
 - Terapia de casal e familiar
 - Terapia de grupo
 - Terapia psicodinâmica
 - Manutenção em consulta individual ou de grupo "follow-up" para prevenção de recaída.
 - Grupos de auto-ajuda: Alcoólicos Anónimos.



Atitudes correctas

- Estabelecer uma relação terapéutica empática:
 - pressupe a aceitação do doente desprovido de atitudes punitivas e críticas;
 - permite esboçar as suas angústias e resistências;
 - permite alcançar o desenvolvimento de uma longa relação de confiança e de suporte com o terapeuta.
- Não há um Plano de tratamento para todos os doentes, mas sim uma adequação constante a cada doente;
- Não conseguimos tratar todos os doentes, mas quase sempre conseguimos ajudar;
- É uma doença crónica, em que a recaída não deve ser entendida como um insucesso;
- Os doentes alcoólicos, são pessoas e por isso com "direito" a serem outros problemas;
- Um alcoólico é um doente e por isso tem todo o direito a ser tratado e ajudado;



Rastreios

Forma simples para identificar indivíduos cujo consumo de bebidas alcoólicas possa apresentar um risco para a sua saúde, bem como indivíduos que já sofrem de problemas ligados ao álcool, incluindo dependência.

- **VANTAGENS:**
 - disponibiliza informações que permitem desenvolver um plano de intervenção;
 - disponibiliza aos doentes feedback pessoal que pode ser utilizado para motivar a alterar o seu comportamento relativamente ao consumo.
- **INSTRUMENTO:** normalizado e validado. Recomenda-se o uso de AUDIT, elaborado pela OMS, dado ser:
 - breve, fácil de usar, flexível, proporcionando valiosas informações para feedback aos doentes;
 - consistente com as definições CID-10 para o consumo nocivo de álcool e dependência de álcool;
 - validado para o consumo recente de álcool;
 - validado em diversos países, disponível em numerosas línguas.

PLANO DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Formador: Sérgio Nogueira (Aluno do Curso De Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP)


Local: CSBJ – Projecto Consentido

1. Título da Intervenção: Toxicodependência			2. Nº de Sessões: 1	
3. Data: 27 de Janeiro 2012	4. Local: Biblioteca	5. Hora de Início: 14h30	6. Tempo duração: 45 minutos	
7. Destinatários: Técnicos do Projecto Consentido			8. Nº de Participantes: 7	
<p>9. Fundamentação: O toxicodependente é, por assim dizer, o produto mais bem acabado de uma sociedade onde progressivamente o valor dos laços e das relações afectivas se vai perdendo e que elegeu o químico e o consumo como valores de felicidade. A toxicodependência tem uma dinâmica sociocultural e um alcance individual e familiar que coloca grandes desafios aos profissionais de saúde. O tratamento dos indivíduos dependentes de substâncias psicoactivas passa pela intervenção de uma vasta equipa multidisciplinar e não só por parte dos profissionais que trabalham em centros especializados. Desta forma, toma-se premente a necessidade da realização desta sessão formativa para os técnicos de saúde do projecto consentido, sobre este assunto, de forma a que estes conheçam melhor esta problemática, melhorando a qualidade dos cuidados prestados aos utentes que para além da patologia psiquiátrica, têm também problemas de abuso de substâncias.</p>				
<p>10. Objectivos Gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os técnicos de saúde para a problemática da Toxicodependência; 		<p>11. Objectivos específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer sobre os efeitos do consumo das diferentes drogas; - Informar sobre os tipos de tratamentos disponíveis para os toxicodependentes; - Mostrar a importância do tratamento da co-morbilidade; - Informar sobre como estabelecer uma relação terapêutica com um toxicodependente; - Sensibilizar para a importância da reinserção social. 		

1

<p>12. Conteúdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdução: (5 minutos): <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação; - Fundamentação do tema; - Definição de objectivos da sessão; • Desenvolvimento: (35 minutos): <ul style="list-style-type: none"> - Aspectos Históricos - Epidemiologia - Conceitos - Critérios de dependência de substâncias - Que motivações para consumir? - Tipos de Consumos - Factores de risco/protecção - Apresentação das Substâncias (heroína, cocaína, cannabis) - Tratamento - Co-morbilidade - A família e o Toxicodependente - Relação Terapêutica com o Toxicodependente - Reinscrção - Reflexão • Conclusão: (5 minutos): <ul style="list-style-type: none"> - Resumo Global - Clarificação de eventuais dúvidas - Avaliação da Formação - Encerramento 		
<p>13. Recursos/Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data show e computador; 		<p>14. Metodologias de Formação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expositivo/ Interactivo/ Interrogativo; - Utilização de meios Audiovisuais.
<p>15. Tipo de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de um questionário de Avaliação Quantitativa da acção de formação no final da sessão. 		
<p>16. Referências Bibliográficas:</p> <p>BORGES, Carina Ferreira & FILHO, Hilson Cunha – <i>Alcoolismo e Toxicodependências: Usos, Abusos e Dependências</i>. Lisboa: Climepsi Editores. 2004;</p> <p>MOREL A., et al. – <i>Prevenção das toxicomanias</i>. Lisboa: Climepsi Editores. 2001;</p> <p>NEGREIROS, J.; MAGALHAES, A. Estimativas da prevalência do consumo de drogas. IDT, 2009</p> <p>Obra colectiva da FAD (tradução e adaptação para português Ferreira, Jaime - DR Algarve/SPTT; (1999) <i>Infomação geral para prevenção das toxicodependências</i>; edição IPDT www.idt.pt</p>		


2


CATÓLICA
 Faculdade de Ciências da Saúde

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

AS DEPENDÊNCIAS

Módulo II – Toxicodependência




REALIZADO POR: Ent.º Sérgio Nogueira

Braga, Janeiro de 2012

SUMÁRIO

- Módulo II – Toxicodependência
- Aspectos Históricos
- Epidemiologia
- Conceitos
- Critérios de dependência de substâncias
- Que motivações para consumir?
- Tipos de Consumos
- Factores de risco/protecção
- Apresentação das Substâncias (heroína, cocaína, cannabis)
- Tratamento
- Co-morbilidade
- A família e o Toxicodependente
- Relação Terapêutica com o Toxicodependente
- Reinserção
- Reflexão




Aspectos Históricos

- 5000 A. C., eram utilizadas a cannabis pelos povos hindus do norte de África em rituais místicos;
- 2500 A. C. foi descoberto o ópio, derivado de uma planta designada *Papaver Somniferum* – cultivada numa larga faixa ao Sul da Ásia, indo da Turquia ao ocidente, à Tailândia e ainda, à mesma latitude, no Continente Americano;
- Desde 1000 A.C. passou a ser divulgado na China e no Oriente com o mesmo fim;
- A partir do séc. XIX, a Inglaterra, devido às suas óptimas relações com o Oriente, o ópio popularizou-se;
- Era-lhe atribuída uma conotação prestigianse, passou a ser usado por elites, era considerado um produto de luxo e ao mesmo tempo um medicamento estimulante da criatividade, era uma droga muito utilizada no meio artístico e intelectual;
- A própria cultura foi-se adaptando ao uso de drogas, mantendo a sua utilização, incentivando o seu consumo e dando-lhes um cariz ético.




Aspectos Históricos (cont.)

- É nas últimas duas décadas do século XIX que aparecem os primeiros problemas com o consumo de ópio e se iniciaram as primeiras tentativas para o controlar;
- É por esta altura isolado um alcalóide do ópio, a que se dá o nome de "morfina" em homenagem ao Deus Grego dos sonhos – Morfeu;
- O ópio, que até então não era legal nem socialmente condenado, começa agora a ser associado a dependência física ao mesmo tempo que é banalizada a utilização de morfina;
- A grande expansão da morfina deveu-se em grande parte ao uso como analgésico em feridos durante a guerra franco-prussiana (1870-1871) e a guerra civil americana (1861-1865), em que a morfina utilizada em altas doses deu origem aos primeiros morfómanos, o que originou a primeira vaga de assaltos a depósitos farmacéuticos para obtenção de morfina;
- Devido aos nefastos efeitos secundários impostos pela morfina, sentiu-se a necessidade de produzir uma outra substância com o mesmo poder analgésico mas que não provocasse dependência;
- O aparecimento da heroína dá-se em 1874 quando um pesquisador inglês, C. R. Wright a sintetizou fervendo morfina num fogão.




Aspectos Históricos (cont.)

- Pensava-se que a heroína servia para tratar os dependentes da morfina e outro tipo de doenças não tendo ainda assim efeitos secundários;
- No início de 1900 a Philantropic Saint James Society nos Estados Unidos da América montou uma campanha distribuindo amostras gratuitas através do correio aos dependentes de morfina que tentavam parar o seu consumo;
- Cedo se percebeu que os seus efeitos foram de tal ordem que os Estados Unidos da América passaram a proibir a venda de narcóticos, o que conduziu ao tráfico de heroína nas ruas;
- Actualmente as prescrições legais de heroína fazem-se em Inglaterra, na Suíça e Canadá;
- Não havia ainda nesta altura uma associação entre a droga e os jovens como acontece actualmente.



Aspectos Históricos (cont.)

- Nos anos cinquenta e sessenta, deu-se início a uma revolução a nível social, cultural e religioso. A este facto associa-se um descrédito dos valores tradicionais e da religião, tendo surgido uma "crise depressiva" na juventude;
- Esta revolução foi revestida de grande importância para os adultos dos anos oitenta e noventa, pois dos actuais adolescentes. É a época em que surge o movimento "flower power" e em que a expressão "sex, drugs and rock'n'roll" descrevia toda uma filosofia de vida sentida e vivida nesta época;
- A população consumidora passou a ser diferente dos anteriores morfómanos, passa agora a utilizar a heroína para potenciar a criatividade e o convívio e usufruir de sensações agradáveis de prazer e como forma de contestação perante a sociedade;
- Em Portugal, o consumo de cannabis, surge desde o início da guerra colonial (1961) e assume expressão preocupante em saúde pública, assim como na década de setenta o aumento do consumo de heroína.
 - 1.º festival de música de Vilar de Mouros (1972) considerada a 1.ª demonstração colectiva de consumo de cannabis e em menor escala de LSD.



Epidemiologia



- A toxicod dependência é um problema sério de saúde pública, a nível mundial.
- Um relatório da ONU de 2000, confirma a existência de 180 milhões de toxicod dependentes; **9 milhões são heroínod dependentes**.
- Toxicod dependentes em tratamento (final da década de 1990): 584 / milhão de habitantes; número três vezes superior na Europa Ocidental que no resto do mundo. Em África só 25 / milhão.
- No ano de 2010 a OMS previu que 20% dos doentes psiquiátricos serão toxicod dependentes.

Epidemiologia (cont.)



- Calcula-se que entre 5 a 10% dos jovens dos 14 aos 20 anos são toxicod dependentes em Portugal;
- O número de heroínod dependentes poderá ser estimado em 80.000, distribuídos por todo o país, não poupando nenhum tipo de famílias, meios económicos e classes sociais.



Droga

"todas as substâncias naturais ou sintéticas, cuja acção exercida no sistema nervoso modifica a consciência e o comportamento daqueles que as tomam".

HOLMES (1991)

"Toda a substância que, introduzida no organismo, produz mudanças na percepção, nas emoções, no psiquismo ou no comportamento e é susceptível de gerar no consumidor uma necessidade de continuar a consumi-la."

(BERGERET)

Droga psicoactiva

"qualquer substância que altere o seu 'humor' (o torna triste, raivoso, deprimido), altere a sua 'percepção do ambiente externo' (tempo, localização, condições), ou altere a sua 'percepção do ambiente interno' (sonhos, imagens)".

Cannabis, cocaína, heroína e LSD são todas substâncias psicoactivas, mas o mesmo ocorre com o açúcar, a cafeína, a nicotina, o álcool e a codeína.

HOLMES (1991)

"A toxicomania é um reencontro entre uma determinada substância com uma determinada personalidade e um determinado contexto sócio-cultural".

(BERGERET)

Conceitos

- **ABUSO:** Auto-administração de uma droga de forma não aprovada culturalmente e com consequências adversas.
- **ADICÇÃO:** Padrão comportamental mal-adaptativo caracterizado por um envolvimento total com o uso de uma droga (uso compulsivo), garantia da sua obtenção e grande tendência à recaída depois da sua suspensão.
- **TOLERÂNCIA:** A administração repetida de uma dada dose de uma droga produz um efeito menor. Ou são necessárias doses maiores para obter o mesmo efeito observado inicialmente.
- **DEPENDÊNCIA:** Estado fisiológico de neuro-adaptação provocado pela administração repetida de uma droga, necessitando da sua administração continuada para evitar os sintomas de privação.
- **ABSTINÊNCIA:** É "uma alteração comportamental desadaptativa, com consequências fisiológicas e mentais que ocorre quando as concentrações tecidulares ou sanguíneas de uma substância diminuem, num sujeito que manteve uma utilização prolongada e "contínua" de uma substância".

CRITÉRIOS DE DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS

Padrão mal-adaptativo levando a défice ou sofrimento, manifestado por 3 (ou mais) dos seguintes, no período de 12 meses:

1. Tolerância
2. Síndrome de Abstinência
3. Consumo superior ao pretendido em quantidade e tempo
4. Insucesso para diminuir ou controlar o consumo
5. Grande dispêndio de tempo e esforços para obten o do produto, no consumo e na recupera o dos seus efeitos
6. Abandono de actividades sociais, ocupacionais ou recreativas devido   utiliza o da substância
7. Utiliza o continuada apesar da persistência ou agravamento de problemas físicos ou psicológicos

Quais as motiva es para consumir?

- recurso a substâncias psicoactivas diz respeito a um domínio essencial da vida humana:
- a busca de prazer
- o alívio de sofrimentos



Outras motiva es ?

- curiosidade
- atra o pelo proibido e pelo risco
- facilitar a comunica o
- procura da sensa o relaxamento
- aumentar as sensa es de prazer
- vontade de pertencer a um grupo (pressão do grupo)
- reduzir a solidão e o aborrecimento
- diminuir a ansiedade
- esquecer os problemas
- o desejo de desinibi o e diversão
- ...



O contexto cultural...

USO e/ou ABUSO

LICITUDE e ILICITUDE

Uma rela o dinâmica entre:



- O consumo de drogas, (...) implica intera o dinâmica, entre o indivíduo o contexto e a substância

Tipos de consumos

- **Consumos experimentais**
 - Situa es de contacto inicial com uma ou mais substâncias, das quais pode passar-se a um abandono, puro e simples, ou a um processo de continuidade
- **Consumos ocasionais**
 - Uso intermitente de uma ou mais substâncias sem qualquer periodicidade fixa e normalmente com intervalos bastante amplos de abstinência



Tipos de consumos (cont.)

• Consumos habituais

- Pressupõe uma utilização frequente de uma substância, o sujeito utiliza-a em determinadas ocasiões.

• Consumos compulsivos ou toxicodependências

- O indivíduo necessita da substância e toda a sua vida se desenvolve em torno desta, apesar das complicações que lhe pode provocar. Frequentemente o consumo já não é pelo prazer mas para aliviar o desprazer provocado pela falta da(s) substância(s).



Factores de risco/protecção

• Factores de Risco

- certas situações circunstâncias ou características individuais que estão associadas a uma maior probabilidade de consumir drogas;

• Factores de Protecção

- Um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que inibe, reduz ou atenua a probabilidade de uso/abuso de drogas;

Factores de Risco

A nível Individual:

- Baixa auto-estima; fraca tolerância à frustração; depressão, ansiedade, problemas de saúde mental
- Insucesso escolar e fraca ligação à escola;
- Comportamentos anti-sociais precoces e atitudes favoráveis aos consumos; desvalorização das normas
- Uso precoce de drogas; pouca resistência à pressão de pares na adolescência; amigos que consomem drogas

Factores de Risco

A nível Familiar:

- Famílias desagregadas ou em ruptura
- Famílias com disfunções ao nível da comunicação afectivo-emocional; conflitos familiares
- Uso de drogas por parte dos pais e atitudes favoráveis em relação às drogas

Factores de Protecção

A nível Individual:

- Boa auto-estima
- Capacidade de resolução de problemas
- Competências de relacionamento interpessoal
- Capacidade de tomada de decisões
- Capacidade de gestão da agressividade

Factores de Protecção



A nível Familiar:

- Famílias com envolvimento afectivo
- Padrões de comunicação claros
- Definição clara de papéis na família
- Famílias sem história de consumos abusivos
- Boa compatibilidade pais/amigos

Factores de Protecção

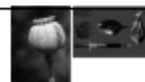


A nível Comunitário:

- Comunidades conscientes do problema
- Comunidades que expressam uma atitude desfavorável ao consumo
- Comunidades que promovem o fortalecimento dos laços entre os jovens e as instituições
- Comunidades que fornecem suporte social e alternativas saudáveis



Apresentação das substâncias



OPIÁCEO - Heroína:

- É um Sedativo;
- Opíceo semi-sintético descoberto em 1874 pelos laboratórios da Bayer e comercializado como remédio para a tosse e para a morfina dependência.
- Das a quatro vezes mais potente do que a morfina, pode ser fumada ou injetada e em Portugal apresenta-se sob a forma de pó casanho extraído de uma papoila (Papaver somniferum);
- Pó branco e cristalino ou castanho obtido da morfina. Resíduo do mercado como medicamento converteu-se numa droga ilegal e no eixo de uma estrutura hierárquica de narcotráfico.
- É usado: Para relaxar, fugir da realidade, desligar-se dos problemas;
- É conhecida por: casanho, casanho, pó.
- Via de administração: fumada ou endovenosa. É muito frequente o consumo de heroína misturada com outras drogas, por exemplo a cocaína ("speedball"), para prolongar e intensificar os efeitos de ambos os produtos

Apresentação das substâncias (cont.)



Heroína

Efeitos psicológicos: euforia, sensação de bem estar, prazer, diminuição do sentimento de desconforto, embatamento mental e sonolência.

Efeitos fisiológicos: analgesia e anorexia.

Riscos fisiológicos: emagrecimento, crises, anemia, insónia, inibição da libido, amenorreia e infeções diversas (hepatites, VIH, etc)

Riscos psicológicos: alterações da personalidade, alterações cognitivas e transcurso de ansiedade e depressão.

Síndrome de privação: irritação, dor de cabeça, insónia, náuseas e vômitos, diarreia, febre, sudoreses, dores musculares generalizadas e ansiedade.

Apresentação das substâncias (cont.)



Cocaína:

- É um Estimulante;
- Foi isolada em 1859 e utilizada em militares para lhes aumentar a resistência na guerra e também como anestésico cirúrgico. Foi utilizada como lema comercial de promoção da Merc: "Não perca tempo, seja feliz: se se sente pessimista, abatido, procure cocaína".
- É extraído das folhas de coca, que submetidas a diversos processos de elaboração química, dão lugar a distintos derivados:
- Cloridrato de cocaína: a forma principal de consumo na Europa, conhecida como cocaína.
- Sulfato de cocaína (pasta de coca) que se fuma misturada com tabaco ou marijuana.
- Cocaína base (crack), que se fuma misturada com tabaco.

Apresentação das substâncias (cont.)

Cocaína

- Vias de administração: Fumada, endovenosa e inalada
- É conhecida por: Coca, neve, brinco, guano.
- Efeitos psicológicos: euforia, sensação de bem estar, prazer, desinibição, aceleração mental, hiperactividade e aumento da libido.
- Efeitos fisiológicos: diminuição da fadiga, diminuição da necessidade de dormir, anorexia, aumento da pressão arterial.
- Riscos fisiológicos: emagrecimento, insónia, patologia respiratória, risco de AVC, enfarte de miocárdio e cardiopatia isquémica.
- Riscos psicológicos: alterações da personalidade; transtorno de ansiedade e depressão; delírio paranoide e psicose cocaínica.
- Síndrome de privação: irritabilidade, sintomas de depressão, fadiga e ansiedade.



Apresentação das substâncias (cont.)

Cannabis

Há três formas de apresentação:

- "marijuana ou erva", preparada a partir das folhas secas, flores e pequenos troncos da *Cannabis Sativa*;
- "hashixe", que se obtém prensando a resina da planta firme e se transforma numa massa de cor castanha, também conhecida por "chamom". O seu conteúdo em Tetrahidrocanabinol (THC) (até 20%) é superior ao da marijuana (de 5% a 10%), pelo que a sua toxicidade é potencialmente maior.
- "óleo de cannabis ou óleo de hashixe", obtém-se misturando a resina com um dissolvente, como a acetona, o álcool ou a gasolina, que se evapora em grande medida e dá lugar a uma mistura viscosa, cujas quantidades em THC são muito elevadas (até 85%).



Apresentação das substâncias (cont.)

Cannabis

- Vias de administração: Fumada
- Efeitos psicológicos:
 - Os pensamentos fragmentam-se e podem surgir ideias paranoide;
 - Insensibilização da consciência sensorial, maior sensibilidade aos estímulos externos. Instabilidade no andar;
 - Acção antemética;
 - Alteração da memória imediata, assim como da capacidade para a realização de tarefas que requirem operações múltiplas e variadas, juntando-se a isso reacções mais lentas e um défice na aptidão motora, que persistem até 12h depois do consumo (ex: interfere na capacidade de condução de veículos/máquinas)
- Efeitos fisiológicos: aumento do apetite, olhos brilhantes e avermelhados, taquicardia, sudores, sonolência e descoordenação de movimentos.



Apresentação das substâncias (cont.)

Cannabis

- Riscos fisiológicos: patologia respiratória e cardiovascular
- Riscos psicológicos: entorpecimento das funções relacionadas com a aprendizagem, concentração e memória. Pode ocorrer reacções agudas de pânico e ansiedade
- Síndrome de privação: irritabilidade e ansiedade
- É usado para: aliviar o stress, relaxar, "curtir", escutar música;
- É também conhecido como: chocolate



Tratamento

- ◆ **Ambulatório:** Equipa de Tratamento (unidades especializadas que prestam em regime ambulatório, cuidados globais a pessoas toxicodependentes, segundo as modalidades terapêuticas mais apropriadas)
- ◆ **Internamento:** Unidade(s) de Desabilitação (unidades de internamento de curta duração, que realizam o tratamento de síndromes de privação em doentes toxicodependentes)
- ◆ **Comunidades Terapêuticas:** (unidades de internamento de longa duração, livres de drogas, com a existência de regras essenciais, o incentivo à participação e à capacidade de auto-ajuda de cada residente. Há um conjunto de normas não sujeitas a discussão cuja a infração implica a expulsão)



Tratamento (cont.)

Antagonista Opiáceo - Naltrexona: Fármaco que bloqueia os receptores opiáceos, impedindo os opiáceos internos ou externos (administrados) de actuar

Agonista Opiáceo - Substância(s) sintética(s) derivada(s) do ópio

Permite

a passagem do consumo de um produto de acção rápida e intensa como a heroína para um produto de acção lenta e menos psicomodificador (**Metadona ou Buprenorfina**)



Tratamento (cont.)

◆ Possibilita a estabilização e o mobilizar de capacidades para desenvolver projectos que tenham por finalidade

- a socialização / ressocialização;
- inserção familiar, escolar ou laboral;
- formação escolar ou laboral;
- redução de riscos/minimização de danos (programas de baixo limiar)

... a reorganização da sua vida



Tratamento (cont.)



◆ a substituição de:

- um estupefaciente em medicamento;
- do fornecedor em terapeuta;

◆ o desligamento do efeito biológico da substância e da experiência psicossocial que lhe está associada (planos, relações...)

◆ regulação do consumo que passa do interior do sujeito para um prescriptor

◆ sólida coerência entre os diferentes protagonistas que conduz à definição de regras e objectivos do plano terapêutico, acordado com o utente

Co-morbilidade Psiquiátrica

A co-morbilidade, também designada diagnóstico duplo, foi definida pela OMS em 1995 como a co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e outra perturbação psiquiátrica.

- Uma boa percentagem dos consumidores problemáticos de drogas sofre de perturbações mentais (cerca de 80%).
- Muitos dos pacientes que sofrem de co-morbilidade são constantemente encaminhados entre serviços psiquiátricos e serviços para toxicodependentes, acabando por não receber o diagnóstico ou tratamento adequados;

- Perturbações da personalidade (26%)
- Perturbações de ansiedade (33%)
- Perturbações afectivas (26%)
- Esquizofrenia (4%)



Co-morbilidade Psiquiátrica



- Os pacientes que sofrem de co-morbilidade sofrem frequentemente de muitos outros problemas mentais, físicos e sociais, que devem ser identificados e diagnosticados;
- Os pacientes que sofrem de co-morbilidade necessitam de serviços cuidadosamente coordenados e integrados, de modo a que o tratamento tenha resultados positivos. A gestão de casos é uma abordagem particularmente eficaz para estes pacientes (tem uma boa relação custo-eficácia);
- A formação, a todos os níveis, de cada uma das organizações envolvidas é necessária para reforçar a capacidade do pessoal de lidar com pacientes que sofrem de co-morbilidade de uma forma global e aumentar a eficácia do tratamento;
- Os esforços de assistência pós-tratamento e de reinserção social são importantes com vista a evitar recaídas e a necessidade de novos tratamentos mais dispendiosos.

A família e o Toxicodependente

- A família do toxicodependente é, em muitos casos, cega face ao problema do filho.
- Começa por não ver os primeiros consumos. Só se apercebe mais tarde que o filho consome (já consome há anos) e quando finalmente já não pode deixar de ver continua a desculpar-se «ele droga-se porque anda com más companhias»...



Características da estrutura familiar

A investigação clínica e experimental tem apontado dados que interessa realçar:

- Fronteiras ou limites pouco claros entre a geração dos pais e a geração dos filhos, mas a existência de uma fronteira ou limite rígido entre a família e a comunidade social, revelando o medo da separação entre os membros da família;
- Uma inversão da hierarquia familiar, em que o subsistema filial parece ser ou mais influente do que o subsistema parental;
- Na diade pai-filho, as relações distantes ou demasiado difusas e equívocas;
- Uma proximidade importante entre um dos progenitores e o filho toxicodependente, mantendo-se o outro progenitor numa posição periférica;
- Na maior parte dos casos os dois membros hiper-envolvidos emocionalmente são de sexo oposto (mãe-filho);

APOIO À FAMÍLIA



- Estimular a comunicação
- Estabelecer novas regras
- Evitar sempre a Triangulação / Segredo
- Informar sobre os tratamentos
- Moderar as promessas do doente
- Estabelecer objectivos alcançáveis
- Evitar o desencorajamento
- Favorecer os reforços positivos q. b.
- Partilhar a angústia

Relação Terapêutica com o Toxicodependente

- Relação interpessoal em contexto terapêutico, geradora de mudança, crescimento e maturidade;
- Manter a proximidade e a distância, simultaneamente suave e firme;
- Promover a auto-estima;
- Facilitar a expressão de afectos;
- Promover a tolerância à frustração;
- Valorizar os progressos (atitudes de reforço) e analisar os recuos (técnicos, quando e onde falhou), não numa perspectiva inquisitória ou punitiva, mas para organizar defesas futuras);
- O trabalho com toxicodependentes é muito exigente porque à prova muitas das capacidades humanas, éticas e técnicas de qualquer profissional de saúde;
- Entender a condição humana do toxicodependente pressupõe compreender as suas características de funcionamento na sua relação inter-pessoal, grupal e nas suas vivências sócio-familiares;
- Na relação com o toxicodependente temos de considerar a sua condição humana sob pena de atingir rapidamente a frustração ou mesmo a sua rejeição.



Relação Terapêutica com o Toxicodependente

« A relação terapêutica com o toxicodependente é um diálogo, um caminho a percorrer. É como que uma travessia de canoa em águas agitadas.»

(Luís Patrício)



Reinserção

O processo de tratamento só se completa quando o sujeito detém os meios e as competências para assumir o seu papel na sociedade.

O desenvolvimento de acções que fomentam a inserção social dos sujeitos dependentes de substâncias psicoactivas deve ser encarado numa lógica de intervenção sistémica, em que as entidades empregadoras e formativas se apresentam como parceiros fundamentais.



REFLECTIR...



- O QUE SE CUIDA EM TOXICODPENDENCIA ?
 - ◆ A relação da pessoa toxicodependente com o mundo...
- O QUE OBJECTIVAM AS INTERVENÇÕES DOS DIFERENTES PROFISSIONAIS DE SAÚDE ?
 - ◆ Desenvolver vínculos satisfatórios que levem ao abandono dos consumos;
 - ◆ Transformar a forma de perceber o mundo e de se perceber a si mesmo;
 - ◆ Alterar a relação com o outro, com o produto, com o tempo, com o corpo

Em suma,

As intervenções dos diferentes técnicos de saúde que trabalham nesta área, deverão ser em função do Projecto de Saúde possível... e com alguém a (re)construir-se para um Projecto de Vida



Como identificar indivíduos com consumos abusivos de drogas?

Dúvidas!?

Apresenta alguns sinais de alerta, de fácil observação e identificação, relativos aos seguintes aspectos:

- 1. Com que frequência usa drogas?
- 2. Que tipo de drogas utiliza?
- 3. Que efeitos físicos apresenta?
- 4. Como se comporta perante os outros?
- 5. Que alterações de humor apresenta?
- 6. Que alterações de comportamento apresenta?
- 7. Que alterações de rendimento apresenta?
- 8. Que alterações de aparência apresenta?
- 9. Que alterações de hábitos apresenta?
- 10. Que alterações de valores apresenta?
- 11. Que alterações de interesses apresenta?
- 12. Que alterações de relacionamentos apresenta?
- 13. Que alterações de motivação apresenta?
- 14. Que alterações de objetivos apresenta?
- 15. Que alterações de prioridades apresenta?
- 16. Que alterações de responsabilidades apresenta?
- 17. Que alterações de compromissos apresenta?
- 18. Que alterações de valores apresenta?
- 19. Que alterações de interesses apresenta?
- 20. Que alterações de relacionamentos apresenta?
- 21. Que alterações de motivação apresenta?
- 22. Que alterações de objetivos apresenta?
- 23. Que alterações de prioridades apresenta?
- 24. Que alterações de responsabilidades apresenta?
- 25. Que alterações de compromissos apresenta?

Um sinal de alerta é qualquer um dos sinais de alerta mencionados, que se prolonga no tempo e se intensifica.

Um sinal de alerta é qualquer um dos sinais de alerta mencionados, que se prolonga no tempo e se intensifica.

Um sinal de alerta é qualquer um dos sinais de alerta mencionados, que se prolonga no tempo e se intensifica.

Um sinal de alerta é qualquer um dos sinais de alerta mencionados, que se prolonga no tempo e se intensifica.

REUNIÕES DE NARCÓTICOS ANÓNIMOS (NA)

Nome	Sexo	Idade	Localização	Religião	Profissão	Estado Civil	Observações
XXXXXXXXXX	M	35	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	
XXXXXXXXXX	F	40	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX	M	30	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX	F	25	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX
XXXXXXXXXX	M	45	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	
XXXXXXXXXX	F	35	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX

Dúvidas!?

DROGAS

Obrigado pela Atenção!

Referências Bibliográficas:

BORGES, Carina Ferreira & FILHO, Hilson Cunha – Alcoolismo e Toxicodependências: Usos, Abusos e Dependências. Lisboa: Climepsi Editores. 2004;

MOREL A., et al. - Prevenção das toxicomanias. Lisboa: Climepsi Editores. 2001;

NEGREIROS, J.; MAGALHÃES, A. Estimativas da prevalência do consumo de drogas. IDT, 2009

Obra colectiva do IAD (tradução e adaptação para português Ferreira, Jaime - DR Algarve/SPTT; (1999) Informação geral para prevenção das toxicodependências; edição IPDT

www.idt.pt

PLANO DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Formador: Sérgio Nogueira (Aluno do Curso De Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria da UCP)


Local: CSBJ - Projecto Consentido

1. Título da Intervenção: Tabagismo			2. Nº de Sessões: 1	
3. Data: 31 de Janeiro 2012	4. Local: Biblioteca da CSBJ	5. Hora de Início: 14:30	6. Tempo duração: 40 minutos	
7. Destinatários: Técnicos do Projecto Consentido			8. Nº de Participantes: 7	
<p>9. Fundamentação: O tabaco, directa e indirectamente, está relacionado com milhões de mortes por ano em todo o mundo. Este é portanto um grave problema de saúde pública, sendo por isso necessário formar profissionais de saúde para a prevenção tabágica em quantidade suficiente para abranger todos os tipos de intervenções necessárias. Os profissionais de saúde devem desenvolver competências para informarem os utentes, nos mais diversos contextos, sobre os efeitos nefastos do tabaco, promovendo e motivando efectivas mudanças comportamentais, relacionadas com o tabaco. A nicotina é um estimulante poderoso e é um dos principais factores que levam ao consumo contínuo de tabaco. Embora a quantidade de nicotina inalada no fumo seja muito pequena, ela ainda é suficiente para causar dependência psicológica e/ou física. Uma vez que uma grande percentagem dos utentes que são acompanhados pelo Projecto Consentido são fumadores, toma-se pertinente esta sessão formativa sobre este tema, possibilitando que estes técnicos tenham conhecimentos mais aprofundados sobre este problema, de forma a que num futuro próximo, se consiga incentivar alguns utentes a reduzirem os seus hábitos tabágicos, promovendo desta forma um estilo de vida mais saudável.</p>				
10. Objectivos Gerais:		11. Objectivos específicos:		
<ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar os técnicos de saúde para a problemática do Tabagismo; 		<ul style="list-style-type: none"> - Informar sobre os Problemas Ligados ao Tabagismo; - Mostrar a epidemiologia do tabagismo; - Informar sobre tratamentos disponíveis; - Mostrar estratégias de intervenção junto de pessoas que demonstrem intenção de parar de fumar. 		

1


<p>12. Conteúdos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Introdução: (5 minutos): <ul style="list-style-type: none"> - Apresentação; - Fundamentação do tema; - Definição de objectivos da sessão; • Desenvolvimento: (30 minutos): <ul style="list-style-type: none"> - Conceitos; - Epidemia do Tabagismo; - Efeitos do tabaco no ser humano; - Mortalidade do tabagismo; - Custos Públicos do Tabagismo; - Factores de Risco; - Composição do tabaco; - Sinais e sintomas de abstinência de nicotina; - Nicotina e o sistema nervoso; - História natural do hábito tabágico; - Tratamento; - Tabagismo e doença mental; - Intervir junto de fumadores; - Vantagens de não Fumar. • Conclusão: (5 minutos): <ul style="list-style-type: none"> - Resumo Global - Clarificação de eventuais dúvidas - Avaliação da Formação - Encerramento 		
<p>13. Recursos/Material:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Data show e computador; 		<p>14. Metodologias de Formação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expositivo/ Interactivo/ Interrogativo; - Utilização de meios Audiovisuais.
<p>15. Tipo de Avaliação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de um questionário de Avaliação Quantitativa da acção de formação no final da sessão. 		
<p>16. Referências Bibliográficas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ARAGAO, M.J.; SACADURA, R. - <i>Guia Geral das drogas – Explicar o seu mecanismo e as suas consequências</i>. Lisboa: Terramar. 2002; • MUNDIM, Fernando Dinis – <i>Enfermagem Psiquiátrica</i>. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2006. 		

2


CATÓLICA
 UNIVERSIDADE CATÓLICA
 DE PORTUGAL

**CURSO DE Mestrado em Enfermagem de
 Especialização
 em Saúde Mental e Psiquiatria**

AS DEPENDÊNCIAS
 Módulo III – TABAGISMO




REALIZADO POR: Ent.^a Sérgio Nogueira


Braga, Janeiro de 2012

Módulo III – Tabagismo

- Conceitos;
- Epidemia do Tabagismo;
- Efeitos do tabaco no ser humano;
- Mortalidade do tabagismo;
- Custos Públicos do Tabagismo;
- Factores de Risco;
- Composição do tabaco;
- Sinais e sintomas de abstinência de nicotina;
- Nicotina e o sistema nervoso;
- História natural do hábito tabágico;
- Tratamento;
- Tabagismo e doença mental;
- Intervir junto de fumadores;
- Vantagens de não Fumar.



O TABAGISMO



Em 1992 a OMS, de acordo com Classificação Internacional de Doenças, catalogou o tabagismo como **"uma desordem mental e de comportamento devido ao síndrome da dependência à nicotina"**




(Castrano, 1993).

Conceitos


Tabagismo: Significa abuso de tabaco, materializado no consumo regular e excessivo de cigarros, cigarrilhas, charutos ou tabaco de cachimbo.

Nicotina: a OMS considera esta substância como uma droga. A sua actuação no sistema nervoso central é como a de drogas mais pesadas.

O consumo de cigarro obedece ao padrão de uma droga qualquer e o consumo de um cigarro acontece para aliviar os sintomas de abstinência que acontecem ao longo de um dia.

Epidemia do tabagismo




O tabagismo é em Portugal, como no resto do mundo a principal causa de morte evitável.

- 1 100 milhões de fumadores no mundo, ou seja, cerca de 1/3 da população mundial, com mais de 15 anos, fuma;
- Por cada cigarro que fumamos perdemos em média 8 minutos de vida;
- No total, um homem fumador está a arriscar perder cerca de 13 anos de vida, enquanto uma mulher perde cerca de 15 anos de vida;
- O tabagismo é responsável por cerca de 12000 mortes por ano em Portugal.

Epidemia do tabagismo (cont.)

- consumo está a aumentar na mulher jovem
- entre os fumadores regulares, 70 por cento mostram-se dependentes
- fumar facilita a experimentação com outras drogas
- OMS prevê para 2020 que o tabaco se torne a maior causa de mortalidade e invalidez, causando mais mortes que a tuberculose, sida, mortalidade infantil, acidentes de viação...



QUAIS SÃO OS EFEITOS DO TABACO ?

- **Aparelho respiratório:** 90% dos cânceros são provocados pelo tabaco.
- **Aparelho circulatório:** a angina de peito, o enfarte do miocárdio, a hipertensão arterial e o AVC cerebral são algumas das doenças mais frequentes.
- **Na área da otorrinolaringologia:** 65% dos cânceros da boca são devidos ao tabaco, bem como a diminuição do olfacto e a tendência para rouquidão.
- **Aparelho urinário:** o tabaco pode provocar cancro da bexiga.
- **Ao nível sanguíneo:** provoca alterações da coagulação.
- **Na mulher:** tabaco aumenta o risco de cancro do colo do útero e, em combinação com a toma da pílula contraceptiva, aumenta o risco de trombose venosa.
- **No recém-nascido:** o tabagismo da mãe aumenta o risco de malformações, parto prematuro, baixo peso ao nascer e síndrome da morte súbita.

Doenças relacionadas com tabagismo

- Boca e Faringe** - Câncer
- Laringe e Traquéia** - Câncer, Inflamação
- Esófago e Estômago** - Câncer, Úlcera
- Pâncreas** - Câncer
- Ginecológicas** - Infertilidade, Aborto, Menopausa precoce, Câncer colo útero
- Ossos** - Osteoporose
- Cérebro** - Acidente vascular cerebral
- Cardíacas** - doença coronária
- Pulmão** - Câncer, Bronquite, Enfisema
- Urinárias** - cancro bexiga e rim
- Testículos** - Infertilidade, Impotência
- Arteriais periféricas** - Arterite

Mortalidade do tabagismo

- Portugal: 27% da população maior de 18 anos fuma:
mais de dois milhões de fumadores
- Desses, entre 1/3 e 1/4 vão morrer prematuramente devido ao tabaco:
pele menos, meio milhão de portugueses morrem precocemente por fumarem

Custos públicos do tabagismo

- Impostos directos cobrados sobre o tabaco em Portugal: cerca de 1.300 milhões de euros por ano;
- Gastos com as baixas por DPCO: 1.500 milhões de euros por ano;
- Despesas públicas totais com as doenças devidas ao tabaco, incluindo gastos hospitalares, medicamentos, reformas antecipadas e perdas de produtividade: calculadas por baixo em 5.000 milhões de euros por ano.

Factores de risco para se tornar fumador:

- Uso de álcool e/ou outras drogas;
- Transtorno de défice de atenção;
- Depressão;
- Influência dos pares;
- Impulso para experimentar;
- Não perceber os riscos de fumar;
- Ter amigos que abusam de drogas;
- Ter membros da família que fumam;
- Divórcio ou conflito familiar.

Porque se fuma?

Explicações à luz da Psicologia

- Satisfação oral substitutiva do seio materno
- Incorporação simbólica do fogo
- Instrumento de convívio e comunicação
- Meio de defesa e protecção social
- Estimulação sensorio-motora
- Redução de tensão, relaxamento
- Obtenção de prazer

Diagnóstico de Dependência de Substância (Critério DSM-IV)

- Tolerância;
- Abstinência;
- Consumo em quantidades elevadas ou por mais tempo do que pretendido;
- Desejo persistente, ou esforço sem êxito para controlar utilização;
- Despendida grande quantidade de tempo na procura ou consumo;
- Abandono ou diminuição de actividades sociais, ocupacionais ou recreativas;
- Consumo continuado apesar de saber que tem um problema físico ou psicológico persistente que pode ter sido causado pela substância.



Comparação entre as diferentes Drogas

	álcool	tabaco	opioides
Risco de dependência entre consumidores regulares	5-7%	Cerca de 70%	100%
Distúrbios comportamentais	Não intensificação aguda	----	Nos estudos de privação
Atitude do usuário	Defende o consumo	Incógnita e taxa	Inevitável e perigosa
Auto-regulação do consumo no dependente	Perde-se rapidamente	Estável	Perde-se precocemente
Cessação voluntária ou espontânea	rara	frequente	excepcional

Porque se fuma?

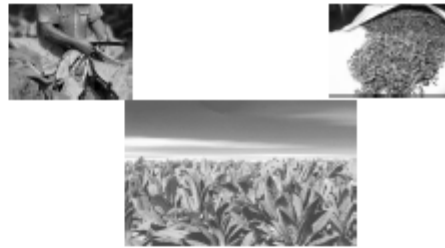
perspectiva psicofarmacológica

- Só se fumam continuamente produtos que contêm substâncias com acção no sistema nervoso:
Ópio, hashish, cannabis, tabaco
- O tabaco só não é usado por ingestão, porque por essa via a nicotina não é eficaz
(inactivação à primeira passagem hepática)



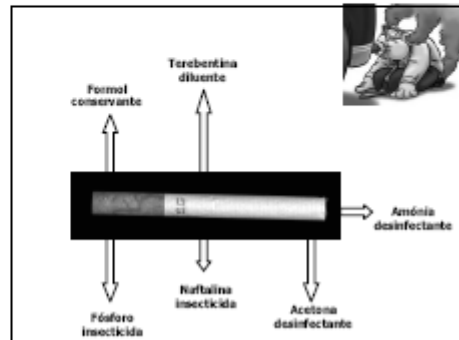
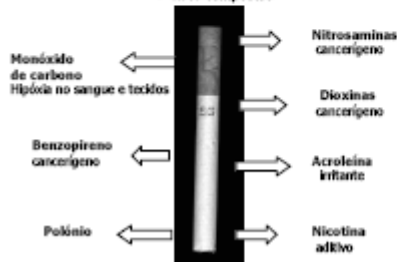
A planta do tabaco

Nicotiana tabacum



FUMO DO TABACO

> 4.000 compostos



Sinais e Sintomas de Abstinência de Nicotina

- Mal-estar gastro-intestinal
- Bradicardia
- Aumento de apetite ou ganho de peso
- Ansiedade
- Insônia
- Humor depressivo
- Desejo intenso de fumar
- Irritabilidade, frustração ou raiva;
- Dificuldade de concentração
- Inquietação;
- Tosse aumentada



Nicotina e sistema nervoso: afinidade

- À semelhança do que acontece com outras drogas, a nicotina estimula a liberação da dopamina no cérebro, reforçando o sistema de recompensa → em menos de 10 seg. atinge o cérebro.
- A exposição repetida à nicotina leva à dependência química e psíquica.
- Captação rápida pelo cérebro, com concentrações mais altas que no sangue
- Actuação em receptores nicotínicos específicos



Nicotina e sistema nervoso: efeitos

- Sensação de prazer
- Activação cortical
 - melhoria da concentração e memória
- Relaxamento muscular
- redução da ansiedade
- Redução do apetite
- Náuseas e tonturas
- Analgesia
- Activação simpática: liberação de catecolaminas, taquicardia, vasoconstrição periférica, aumento da TA.



Modificação dos efeitos com o tempo

- **Tolerância:**
 - Náuseas e alterações neurovegetativas reduzem-se progressivamente com a repetição
 - Necessidade de aumentar o consumo para obter o mesmo efeito psíquico
- **Abstinência:**
 - Inquietação, agitação, irritabilidade, depressão
 - Insónia
 - Bradicardia
 - Ganho de peso
 - Deterioração do desempenho



História natural do hábito Tabágico

1. Iniciação

- Experimentação: rejeição / adopção
- Uso ocasional
- Início do uso regular: mais de um cigarro/dia, traz tabaco consigo



2. Manutenção

- Uso regular: com/sem doses progressivas
- Uso compulsivo: incapacidade de parar, sintomas de privação



História natural do hábito tabágico

3. Terminação

- Fase preparatória
 - Contemplação
 - Intenção (determinação)
- Decisão e execução (corte do consumo)
- Perseverança



História natural do hábito tabágico

4. Recaída

- Precoce: primeiras semanas
 - efeitos de privação, ansiedade etc.
- A médio prazo (1 a 6 meses):
 - Depressão pós-tabágica (pós-nicotínica)
- A longo prazo (mais de seis meses)
 - Experiência
 - Humor negativo, conflito



Tratamento

- Psicoterapias
 - Individuais / grupais
 - Terapia comportamental e cognitiva
 - Terapia de suporte
- Farmacoterapias
 - Terapia de substituição da nicotina
 - Antidepressores
 - Outros fármacos



Terapia de suporte

- Informação e esclarecimento geral
 - Dependência e como a vencer
 - Riscos para saúde e outros
 - Métodos a usar
- Motivação e apoio
 - Incentivo, aprovação, desculpabilização
 - Expressão de dificuldades
- Organização e estruturação

Terapia comportamental e cognitiva

- Fundamento: hábito aprendido, resposta a estímulos internos ou externos, reforço positivo ou negativo
- Métodos aversivos (fumar rápido): descontinuados
- Avaliação das motivações para fumar e cessar
- Identificação das situações – estímulo
- Escolha de soluções: evitamento de situações, respostas alternativa, atitudes assertivas...
- Identificação e correcção de pensamentos negativos (recaídas...)

Substituição da nicotina

- Objectivo: reduzir sintomas de privação e impulso para fumar
- Fundamento: facultar um nível constante de nicotina, acima do que causa privação, mas abaixo dos "picos"
- Regra geral: só usar em fase de abstinência



Substituição da nicotina

- Contra-indicações maiores:
 - Enfarte recente, angina instável, arritmias graves, AVC recente, hipersensibilidade à nicotina, gravidez e lactação
- Precauções:
 - Hipertensão, angina estável, d. cerebrovascular, d. vascular oclusiva periférica, insuf. cardíaca, renal ou hepática, diabetes, hipertireoidismo e úlcera péptica

Substituição da nicotina

Modalidades:

- Transdérmica - adesivo
- Transmucosal
 - Pastilha de mascar
 - Spray nasal (Não está disponível em Portugal)
 - Inalador

Via transdérmica - adesivo



- Doses: 21 – 14 – 7 mg
- Actuação: de manhã a manhã (24 h) ou do levantar ao deitar (16 h)
- Aplicação: rotação de zonas de pele glabra do tronco e braço, tratar reacções locais
- Aceitabilidade: maior, instruções fáceis, sem visibilidade

Via transmucosal – pastilha



- Doses: 4 mg (mais eficaz) e 2mg
- Aplicações: 10 a 12 por dia, de preferência em intervalos regulares
- Instruções: Necessário aprender a mascar.
- Limitações: sensibilidade bucal, evitar bebidas ácidas, visibilidade.
- Vantagem: dose diária adaptável à necessidade

Via transmucosal: inalador



- Forma de aplicação: aspiração bucal após inalação sustentada.
- Aplicação: cargas de 20 minutos de uso contínuo, que devem ser usadas no próprio dia
- Vantagem: Picos mais rápidos. Minimiza o ritual mão-boca
- Precauções: irritação faríngea, tosse

Eficácia da terapia de substituição

- Fumadores altamente dependentes (heavy smokers) de 40 ou mais cigarros por dia, comparação entre tratados com substitutos e tratados com placebo, todos com psicoterapia comportamental intensiva:
- adesivo de nicotina: abstinentes a 6 meses: 28,4 %
placebo: 8,1 %
- pastilha de nicotina: abstinentes a 6 meses: 22,1 %
placebo: 6,3 %

Stitzer e cols., J. Subst. Abuse Treatmet, 28 (1), 2005

Combinação adesivo+pastilha

- **Fundamento:** fornece um nível básico e patamares à escolha
- **Dose:** 1 adesivo diário e pastilhas de 2mg à vontade geralmente 5/6 por dia
- **Vantagem:** aumenta a taxa de sucesso comparada com o uso de cada um dos componentes em separado

Agentes não nicotínicos

- Clonidina (anti-hipertensor)
 - usado para aliviar os sintomas da síndrome de abstinência associado ao uso crônico da nicotina
 - Eficácia próxima da substituição da nicotina
 - Ação mais incerta e irregular
 - **Efeitos secundários:** hipotensão, sedação, tonturas, náuseas.
- Mecamillamina
 - Antagonista nicotínico: bloqueia a ação de reforço da nicotina, sem desencadear privação
 - **Efeito secundário:** hipotensão
- Champix (Vareniclina):
 - bloqueia os receptores no cérebro que a nicotina usa para continuar a fumar, diminuindo assim o desejo de nicotina e de fumar, para além de também poder ajudar na perda de peso. Tem uma taxa de sucesso de 44%.
 - **Efeitos secundários:** cefaleias, tonturas, boca seca
 - **Indicações:** não recomendada para pessoas com alterações Psicológicas (depressão, etc...)

Antidepressores na cessação tabágica

- **Fundamento:** frequente associação entre depressão e tabagismo:
 - Recaídas do tabagismo nas oscilações depressivas
 - Depressão pós-tabágica

Antidepressores na cessação tabágica

- **Fluoxetina:** combate aumento de peso, melhora o humor após cessação
- **Nortriptilina:** melhoria modesta da taxa de sucesso da cessação
- **Paroxetina:** melhoria pouco significativa da taxa de sucesso
- **Bupropiona (Zyban):** melhoria significativa da taxa de sucesso na cessação

Tabagismo e doença Mental

- A prevalência de tabagismo em doentes mentais é cerca de três vezes superior à encontrada na população em geral;
- A forma mais comum de dependência de substâncias em doentes com esquizofrenia é a dependência de nicotina devido ao hábito de fumar;
- Embora as pessoas com doenças mentais (ex. Esquizofrenia) possam fumar para "auto-medicar" os seus sintomas, o tabaco parece interferir com a resposta aos fármacos (ex. antipsicóticos), de forma que os doentes que fumam podem necessitar de doses mais elevadas de medicação.



Intervir junto de fumadores

Recomendações da AHCPR (Agency for Healthcare Research and Quality)

- Identificar e assinalar os fumadores;
- Esclarecer o utente quanto aos malefícios de fumar;
- Aconselhar a cessação como parte do plano terapêutico;
- Explicar quais os recursos disponíveis para a substituição da nicotina, medicações antagonistas ou outras;
- Identificar os que admitem ou desejam cessar;
- Apoiar na cessação - dar apoio emocional às tentativas de parar de fumar do utente;
- Planear seguimento e controlo - sempre que possível, encaminhe o utente para um programa de cessação tabágica.



Normas práticas (I)

- Todo o fumador que deseje deixar de fumar deverá ser sujeito a terapia vigorosa e controlada
- Uma terapia de suporte, de base comportamental, é indispensável para o sucesso
- São componentes dessa terapia:
 - Informação geral e encorajamento
 - Avaliação das motivações, identificação das situações de risco, soluções para problemas, recompensas e mudanças de vida
 - Expressão livre, apoio e boa relação humana



Normas práticas (2)

- A maioria dos fumadores carece da ajuda de um tipo de farmacoterapia;
- A escolha da terapia farmacológica deve ser feita caso a caso, não esquecendo que a bupropiona tem a maior eficácia de que hoje se dispõe;
- Frequentemente pode associar-se sem receio bupropiona e adesivo de nicotina, na ocasião apropriada
- É possível adicionar bupropiona após uma recaída

Normas práticas (3)

- Causas frequentes das recaídas:
 - Precoces: efeitos de privação
 - Entre 2 e 12 semanas: depressão pós-tabágica, ansiedade (a tratar especificamente)
 - Após 12 semanas (recaída tardia): oscilação depressiva reactiva ou não, conflito interpessoal, curiosidade e vontade de experimentar
- Nas recaídas: encorajar comunicação imediata e prosseguimento da terapia

Normas práticas (4)

- Aumento de peso: geralmente limitado, em média 2Kg, quase inevitável
- Durante a cessação não se preocupar excessivamente com restrição dietética, embora se possa evitar gorduras e álcool e aumentar vegetais e fibras
- É aconselhável aumentar exercício físico



Normas práticas (5)

- Durante uma fase depressiva não se deve iniciar uma cessação tabágica: deve-se esperar pela ocasião apropriada.
- Na gravidez, a cessação é sempre bem-vinda, se necessitar de farmacoterapia esta deve ser utilizada com precaução – doses mínimas e tratamentos não contínuos (p. ex. colocar adesivo só de dia).



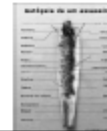
Vantagens de não fumar

- Têm menos probabilidades de vir a ter problemas de saúde, tais como: cancro nos pulmões, boca, laringe, etc...; menos constipações; menos probabilidades de vir a ter alguma doença cardiovascular;
- Têm um hálito mais fresco;
- Têm mais tempo de vida e com melhor qualidade;
- Têm maior rendimento intelectual;
- Pouparam dinheiro - este é um hábito caro (1maço/dia custa 1460€/ano).



“É difícil imaginar uma afecção que apresente em tão alto grau prevalência, letalidade e negligência, e para a qual existam intervenções eficazes e tão facilmente disponíveis”

AHCP Smoking Cessation Guideline, 1996



ANEXO XXIII – Manual sobre Dependências



**Irmãs
Hospitaleiras**

CASA DE SAÚDE DO BOM JESUS



MANUAL SOBRE DEPENDÊNCIAS

Rua Dr. António Alves Palha, n.º 2
4715-308 Braga

Tel.: 253 203 000 – Fax: 253 203 009 – E-mail: csbj@ihscj.pt
www.ihscj.pt/csbj

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO	3
2. DEFINIÇÃO DE DROGA E DEPENDÊNCIA	4
3. DROGAS E SEUS EFEITOS	5
3.1. ÁLCOOL	5
3.2. TABACO	6
3.3. ANFETAMINAS	7
3.4. CANNABIS	8
3.5. HEROÍNA	9
3.6. COCAÍNA	10
3.7. ECSTASY	11
4. SINAIS DE ALERTA	12
5. TIPOS DE CONSUMOS	13
6. TIPOS DE TRATAMENTO	14
7. CO-MORBILIDADE	15
8. APOIO ÀS FAMÍLIAS	16
9. CONTACTOS ÚTEIS/INTERESSANTES	17
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18

1. INTRODUÇÃO

Este pequeno livro foi elaborado com o intuito de ajudar todos os técnicos de saúde a lidar com a problemática das dependências e a ter um conhecimento mais aprofundado sobre esta área.

As dependências são um fenómeno multifactoral e multidimensional, isto é, são vários os factores envolvidos que podem levar ao consumo de substâncias que conduzem à dependência.

São considerados essencialmente 3 grupos de factores que podem conduzir à dependência:

- Consumo de substâncias com determinadas propriedades farmacológicas;
- Características pessoais dos indivíduos que consomem essas substâncias;
- A natureza do contexto sociocultural em que tais consumos se produzem;

Este livro pretende ser um guia prático de consulta rápida, fornecendo informações sobre cada tipo de droga, quais os sinais de alerta, tipos de tratamento, como apoiar a família.



2. DEFINIÇÃO DE DROGA E DEPENDÊNCIA

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), **droga** é toda a substância que introduzida no organismo vivo modifica uma ou mais das suas funções. Esta definição engloba substâncias ditas lícitas - bebidas alcoólicas, tabaco e certos medicamentos - e, igualmente, as substâncias ilícitas como a cocaína, LSD, ecstasy, opiáceos, entre outras.



OMS define o conceito de **dependência** como sendo um estado psíquico e por vezes físico, caracterizado por comportamentos e respostas que incluem sempre a compulsão e necessidade de tomar a droga, de forma contínua ou periódica, de modo a experimentar efeitos físicos ou para evitar o desconforto da sua ausência, podendo a tolerância estar ou não presente.

3. DROGAS E SEUS EFEITOS

Existem essencialmente 3 tipos de drogas de acordo com os efeitos que produzem no Sistema Nervoso Central (SNC):

- 1) **Drogas depressoras** – ex. heroína; ópio, morfina, benzodiazepinas
- 2) **Drogas estimulantes** – ex. cocaína/crack; anfetaminas; nicotina (tabaco)
- 3) **Drogas alucinogénias** – ex. álcool; LSD; Ecstasy

3.1. Álcool

O álcool resulta da fermentação de certos alimentos vegetais que consumimos na nossa alimentação (cevada, frutas, entre outras) e o seu consumo é, provavelmente, tão antigo como a humanidade. O seu processo de fabricação sofreu profundas alterações com os avanços tecnológicos.



Efeitos

Após a ingestão, o álcool passa a circular pela corrente sanguínea atingindo os vários órgãos. Um dos efeitos imediatos do álcool é o bloqueio do funcionamento da área do SNC, responsável pelo controlo das inibições. Sendo esta droga um depressor, após o seu efeito desinibidor, surge um estado de sonolência, turvação da visão, descoordenação muscular, diminuição da capacidade de reacção, atenção e compreensão. Quando tomado em excesso provoca acidez no estômago, vômitos, diarreia, decréscimo da temperatura corporal, desidratação, dor de cabeça, perda de equilíbrio, provocando nalguns casos coma etílico ou até mesmo morte. O consumo crónico de álcool afecta

diversos órgãos, como o cérebro, o coração, o estômago, o fígado, o pâncreas e os intestinos. Tem consequências sociais graves como a desintegração familiar, absentismo laboral, perturbação da ordem pública, acidentes rodoviários, comportamentos violentos e criminosos e irresponsabilidade social.

Sabia que

De acordo com o código da estrada, as taxas limite de alcoolemia e as coimas aplicadas aos excessos são:

0,5g/l - correspondem ao limite legal;

0,5 a 0,8 g/l - coima de € 250,00 a € 1250,00;

0,8 a 1,2 g/l - coima de € 500,00 a € 2500,00 e inibição de conduzir;

+ de 1,2g/l - pena de prisão ou de multa e proibição de conduzir.

Alcoolemia = $\frac{\text{Gramas de álcool ingerido}}{\text{Peso do consumidor (em kg)} \times R}$

Peso do consumidor (em kg) x R

Nota: R é a constante referente à repartição de álcool pelo corpo. O seu valor é 0,7 para o sexo masculino e 0,6 para o feminino e 1,1 às refeições.

3.2. Tabaco

O tabaco é uma planta do género nicotínico de que existem mais de cinquenta espécies diferentes.

Oriundo do continente americano, espalha-se pela



Europa a partir da época dos Descobrimentos. As formas de consumo são diversas – cigarro, charuto, cachimbo, rapé e tabaco de mascar. Ao queimar o tabaco produzem-se substâncias (cancerígenas) que depois são inaladas passando pelos pulmões, e pelo sangue e que afectam também diversos órgãos.

A **nicotina** é a principal substância responsável pelos efeitos produzidos pelo tabaco, sendo ainda a responsável directa pela dependência física.

Efeitos

O consumo do tabaco a longo prazo provoca inflamação dos brônquios, degenerando em bronquite crónica e mais tarde em enfisema, menor resistência física, cancro do pulmão, do estômago e da boca, doenças cardiovasculares, úlceras digestivas e risco de aborto espontâneo.

Reduz o aumento de peso e de apetite.

3.3. Anfetaminas

Também conhecidas pelo nome de speeds, cristal ou anfes, as anfetaminas são produzidas a partir da Éfedra, uma planta que cresce nas regiões desérticas no mundo inteiro. Foi descoberta em 1926 e utilizada durante vários anos em diversos fármacos, sendo retirada do mercado e até proibida a sua utilização nos anos 70. No início dos anos 80, aumentou a produção ilegal de anfetaminas.



Efeitos

A absorção das anfetaminas pelo organismo e o sistema nervoso central é bastante rápida, tendo uma duração de efeitos entre 6 a 12 horas. À semelhança de outras drogas, as anfetaminas provocam numa primeira fase euforia, insónia, auto-confiança, agitação, auto-satisfação e um aumento considerável da

capacidade de concentração e de atenção, razão pela qual têm bastante sucesso junto dos meios mais jovens. Em alguns casos, verifica-se ainda hiperactividade, agressividade e falta de apetite.

Outras consequências físicas mais comuns são taquicardia, transpiração, desidratação, náuseas, vertigens, dor de cabeça, fadiga, aumento da tensão arterial e tiques exagerados e anormais da mandíbula.

Quando tomadas em excesso – **sobre-dosagem** – para além dos efeitos anteriores, provocam ainda irritabilidade, alucinações, problemas respiratórios, impotência, convulsões e podem levar à morte. O consumo contínuo provoca, a longo prazo, graves depressões, dependência psicológica, tremores, delírios e alucinações que se confundem com o comportamento esquizofrénico e a apatia.

3.4. Cannabis

A Cannabis deriva da planta *Cannabis Sativa*, (cânhamo). Existem três formas de consumo desta droga:



- 1) **Erva ou marijuana** – proveniente das folhas, flores e pequenos troncos da planta;
- 2) **Haxixe** – resina prensada transformada numa barra;
- 3) **Óleo de Cannabis** – que resulta da mistura da resina com um dissolvente (gasolina, acetona ou álcool).

Efeitos

A absorção das cannabínceas é muito rápida e tem um efeito intenso e prolongado. Logo após o consumo, irrompem sensações de bem-estar, sonolência, desequilíbrios motores, aumento da frequência cardíaca e arterial, congestão dos vasos conjuntivais, dilatação dos brônquios, fotofobia e tosse. Para além da euforia, verificam-se pensamentos fragmentados e confusos, intensificação da consciência sensorial, ansiedade, alucinações e paranóia. A longo prazo, o consumo continuado provoca bronquite, asma, facilitando a ocorrência do cancro do pulmão, infertilidade e apatia. O síndrome de abstinência também pode provocar ansiedade, irritabilidade, transpiração, tremores e dores musculares.

3.5. Heroína

A heroína surge no final do séc. XIX com o objectivo de substituir a morfina, devido aos efeitos nefastos produzidos por esta droga. Contrariamente ao que se pensava inicialmente, a heroína não resolveu o problema, tendo-o ainda agravado. Tradicionalmente injectada, é cada vez mais fumada ou aspirada – exalação do vapor libertado pelo aquecimento da substância - devido ao aumento de contágio de doenças como SIDA e Hepatite.



Efeitos

Trata-se de uma droga com um elevado grau de dependência. Inicialmente o consumidor obtém uma intensa sensação de prazer, seguindo-se uma 2ª fase em que o consumo é induzido, para se evitar o estado de carência ou ressaca provocado pela ausência da substância. Os primeiros sintomas são - variando de indivíduo para indivíduo - sonolência, euforia, depressão da respiração, incapacidade de tossir e comichão na pele. A longo prazo os consumidores sofrem de hipersensibilidade à dor, náuseas, dores musculares, inquietação, insónia, ansiedade, transpiração, taquicardia, febre, prisão de ventre e Depressão.

3.6. Cocaína

A cocaína deriva da folha do arbusto da coca, uma planta de origem sul-americana que foi durante muitos séculos utilizada para diversos fins. Com os avanços tecnológicos, a cocaína aparece comercializada, ilegalmente, sob a forma de um pó branco habitualmente consumido através de inalação, absorção pelas mucosas ou via intravenosa. É considerada a droga com maior potencial de dependência.



Efeitos

Os efeitos imediatos da cocaína são numerosos, verificando-se ausência de fadiga, de sono e de apetite, bem como o incremento da euforia e da auto-confiança. Intenso bem-estar, comportamento tendencialmente prepotente,

aumento do ritmo cardíaco, tensão arterial e desejo sexual – embora com possível ocorrência de dificuldades de erecção – são outras consequências possíveis. Em caso de overdose, a cocaína pode provocar ataques cardíacos e/ou paragens respiratórias. O consumo prolongado da cocaína provoca crises de ansiedade e de pânico, apatia sexual e/ou impotência, bulimia, anorexia, diminuição da memória e da concentração, delírio paranóide e psicoses.

3.7. Ecstasy

Esta droga foi patenteada em 1914 como medicamento cujo intuito era reduzir o apetite, não chegando porém a ser comercializada. Só mais tarde, a partir dos anos 60, é que passou a circular de forma ilegal. O ecstasy tem um aspecto muito variável, sendo consumido em forma de barras, cápsulas ou pó.



Efeitos

Os primeiros sintomas são secura da boca, diminuição do apetite, ranger dos dentes, taquicardia, dilatação das pupilas, dificuldade de caminhar, vontade de urinar, tremores, transpiração, câibras, insónia, euforia, diminuição da agressividade. Os efeitos secundários são cansaço, sonolência, dores musculares, dor de cabeça, secura da boca, dores nas costas e perturbações psicológicas. O uso exagerado de ecstasy provoca arritmias, podendo levar à morte súbita por colapso cardiovascular, acidente vascular cerebral, hipertermia ou insuficiência renal aguda.

4. SINAIS DE ALERTA

É importante estar sempre atento às alterações de comportamento como por exemplo instabilidade emocional marcada por momentos de passividade alternados com agressividade, isolamento e secretismo, desinteresse e desmotivação pelas actividades profissionais ou de lazer, ocorrência de faltas e atrasos ao trabalho, dificuldade de concentração, memória e raciocínio, insistentes pedidos de dinheiro e frequentes desculpas sobre objectos perdidos ou roubados.

MOTIVOS QUE LEVAM A CONSUMIR

O recurso a substâncias psicoactivas diz respeito a um domínio essencial da vida humana:

- a busca de prazer
- o alívio de sofrimentos



OUTROS MOTIVOS

- curiosidade
- atracção pelo proibido e pelo risco
- facilitar a comunicação
- procura da sensação relaxamento
- aumentar as sensações de prazer
- vontade de pertença a um grupo (pressão do grupo)
- reduzir a solidão e o aborrecimento
- diminuir a ansiedade
- esquecer os problemas
- o desejo de desinibição e diversão

5. TIPOS DE CONSUMOS

- **Consumos experimentais**
 - Situações de contacto inicial com uma ou mais substâncias, das quais pode passar-se a um abandono, puro e simples, ou a um processo de continuidade.

- **Consumos ocasionais**
 - Uso intermitente de uma ou mais substâncias sem qualquer periodicidade fixa e normalmente com intervalos bastante amplos de abstinência.

- **Consumos habituais**
 - Pressupõe uma utilização frequente de uma substância, o sujeito utiliza-a em determinadas ocasiões.

- **Consumos compulsivos ou toxicodependências**
 - O indivíduo necessita da substância e toda a sua vida se desenvolve em torno desta, apesar das complicações que lhe pode provocar. Frequentemente o consumo já não é pelo prazer mas para aliviar o desprazer provocado pela falta da(s) substância(s).

6. TIPOS DE TRATAMENTOS

- **Ambulatório:** Equipa de Tratamento dos CRI's (unidades especializadas que prestam em regime ambulatório, cuidados globais a pessoas toxicodependentes, segundo as modalidades terapêuticas mais apropriadas).



Em casos de heroíno dependência crónicos os utentes são inscritos no programa de substituição opiácea com **Metadona ou Buprenorfina** (são agonistas opiáceos – à passagem do consumo de um produto de acção rápida e intensa como a heroína para um produto de acção lenta e menos psicomodificador).

- **Internamento:** Unidade(s) de Desabituação (unidades de internamento de curta duração, que realizam o tratamento de síndromes de privação em doentes toxicodependentes).

Em alguns casos o tratamento é finalizado com a indução de **Antagonista Opiáceo – Naltrexona:** Fármaco que bloqueia os receptores opióides, impedindo os opióides internos ou externos (administrados) de actuar. Também pode ser utilizado nos casos de alcoolismo.

- **Comunidades Terapêuticas:** (unidades de internamento de longa duração, livres de drogas, com a existência de regras essenciais, o incentivo à participação e à capacidade de auto-ajuda de cada residente. Há um conjunto de normas não sujeitas a discussão cuja a infracção implica a expulsão)

7. CO-MORBILIDADE

A co-morbilidade, também designada «diagnóstico duplo», foi definida pela OMS em 1995 como a «co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e outra perturbação psiquiátrica».



Uma boa percentagem dos consumidores problemáticos de drogas sofre de perturbações mentais (cerca de 30 a 40%);

Muitos dos pacientes que sofrem de co-morbilidade são constantemente reencaminhados entre serviços psiquiátricos e serviços para toxicodependentes, acabando por não receber o diagnóstico ou tratamento adequados;

Os pacientes que sofrem de co-morbilidade sofrem frequentemente de muitos outros problemas mentais, físicos e sociais, que devem ser identificados e diagnosticados;

Os pacientes que sofrem de co-morbilidade necessitam de serviços cuidadosamente coordenados e integrados, de modo a que o tratamento tenha resultados positivos. A formação, a todos os níveis, de cada uma das organizações envolvidas é necessária para reforçar a capacidade do pessoal de lidar com pacientes que sofrem de co-morbilidade de uma forma global e aumentar a eficácia do tratamento;

Os esforços de assistência pós-tratamento e de reinserção social são importantes com vista a evitar recaídas e a necessidade de novos tratamentos mais dispendiosos.

8. APOIO À FAMÍLIA

A **família** do toxicodependente é, em muitos casos, cega face ao problema do filho.

Começa por não ver os primeiros consumos. Só se apercebe mais tarde que o filho consome (já consome há anos) e quando finalmente já não pode deixar de ver continua a desculpar-se «ele droga-se porque anda com más companhias»...

Como Apoiar a família:

- Estimular a comunicação
- Estabelecer novas regras
- Evitar sempre a Triangulação / Segredo
- Informar sobre os tratamentos
- Moderar as promessas do doente
- Estabelecer objectivos alcançáveis
- Evitar o desencorajamento
- Favorecer os reforços positivos q. b.
- Partilhar a angústia

9. CONTACTOS UTEIS/INTERESSANTES

Sites

www.who.int/topics/narcotic_drugs/en/
www.idt.pt
www.preynet.net
www.fad.es

Telefones

Linha Vida SOS Droga - Tel. 1414/800255255
Linha Intoxicações - Tel. 808250143/217950143
Linha Narcóticos Anónimos - Tel. 800202013
Linha SIDA - Tel. 800266666
Alcoólicos Anónimos Portugal - Tel. 217162969
CRI/ET DE BRAGA – Tel. 253 008 690

Reuniões no Concelho de Braga

Narcóticos Anónimos (NA)

- Igreja de S. Lázaro - Rua Sá de Miranda às 3ª Feiras às 21:00;
- Centro Cultural e Social de Santo Adrião - Rua do Centro Cultural e Social de Santo Adrião às 5ª Feiras às 21:30;
- Igreja de S.Victor - Rua de S.Victor às 6ª Feiras às 21:00
- Igreja de S.Victor - Rua de S.Victor aos Domingos às 19:00

Reuniões Alcoólicos Anónimos (AA)

- Junta de Freguesia de S. Lázaro – Av. Da Liberdade, nº 490 c/ch – às 2ª, 4ª e 6ª feiras às 19:00

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGÃO, M.J.; SACADURA, R. - *Guia Geral das drogas – Explicar o seu mecanismo e as suas consequências*. Lisboa: Terramar. 2002;

BORGES, Carina Ferreira & FILHO, Hilson Cunha – *Alcoolismo e Toxicodependências: Usos, Abusos e Dependências*. Lisboa: Climepsi Editores. 2004;

MUNDIM, Fernando Dinis – *Enfermagem Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan. 2006.



Trabalho realizado no Projecto
Consentido - CSBJ por: Enf.º Sérgio
Nogueira (Aluno do Curso de Mestrado
em Enfermagem de Especialização em
Saúde Mental e Psiquiatria – UCP- ICS)



**ANEXO XXIV – Projecto
de criação de uma
Unidade Móvel de Apoio
Domiciliário Integrado
para a Co-morbilidade
(UMADIC)**

PROJECTO DE FORMAÇÃO DE UMA UNIDADE MÓVEL DE APOIO DOMICILIÁRIO INTEGRADO PARA A CO-MORBILIDADE (UMADIC)

ÁREAS DE INTERVENÇÃO

- Promoção da Saúde;
- Prevenção e tratamento de doenças;
- Redução de danos e reinserção social.

PÚBLICO-ALVO

- Utentes da CSBJ (Unidade de São Luís e Unidade São João de Deus) para acompanhamento pós – alta;
- Utentes referenciados pelos Centros Resposta Integrada/Equipas de tratamento do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD);
- Utentes referenciados por Unidades de Desabilitação;
- Utentes referenciados por Comunidades Terapêuticas;
- Pessoas referenciadas pelas USF, Hospitais e Centros de Saúde.

ÂMBITO DE INTERVENÇÃO DO PROJECTO

- Concelho de Braga

DESCRIÇÃO DO PROJECTO

O projecto de criação de uma unidade móvel de apoio domiciliário integrado para a co-morbilidade visa desenvolver acções ao nível da promoção da saúde mental, da prevenção e tratamento da doença mental e da redução de danos e reinserção na comunidade, de pessoas com historial de consumos abusivos de drogas e álcool. Trata-se de dar resposta a pessoas toxicodependentes e alcoólicas, possuidoras de doença psiquiátrica grave e crónica, assegurando a supervisão na gestão da medicação e estimular aos cuidados pessoais de actividades de vida diária e de um projecto de vida com sentido.

No campo da **promoção da saúde**, propõe-se efectuar uma intervenção especializada baseada numa abordagem integral da doença mental, bem como a prática a longo prazo de uma intervenção intersectorial; o desenvolvimento de acções de luta contra o estigma, a desmistificação da doença mental e, também, a promoção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente manter-se abstinente para o consumo de drogas e álcool.

Na **prevenção dos problemas de saúde mental** propõe-se reduzir os factores de risco ligados ao uso/abuso de drogas e álcool e promover os factores de protecção; diminuir a

incidência e a prevalência das doenças mentais e minimizar o impacto destas doenças nas pessoas, nas famílias e na comunidade.

No **tratamento da doença mental** prevê-se o diagnóstico e intervenção precoce nos casos de descompensação e de recaídas nos consumos; intervenção em crise; adesão ao regime terapêutico; administração de neurolépticos de acção prolongada (Nap); diagnóstico e intervenção no cuidador informal; levantamento de necessidades sócio-familiares.

Quanto à **Redução de Danos**, este deve ser um modelo de intervenção de proximidade, que implica frequentemente trabalhar com indivíduos com muitos problemas psicossociais e enfrentar contextos difíceis e situações imprevisíveis, deve contemplar determinados princípios de acção estratégicos, tais como:

- **Cidadania:** Criar condições que permitam ao indivíduo uma estruturação de vida com o mínimo de dignidade, ou seja, reconhecer o utilizador de drogas/álcool como um todo, o que implica reconhecer-lhe uma dignidade, uma humanidade enquanto indivíduo desenvolvendo assim uma consciência de cidadania;
- **Relação:** Restaurar o valor da comunicação potenciando um espaço de liberdade, de compreensão, de aceitação e de escuta com o outro pelo que, não sendo uma relação terapêutica tradicional, deverá privilegiar o estabelecimento de uma relação próxima de ajuda construída numa base de confiança, respeito mútuo e confidencialidade;
- **Participação:** Constituir modelos de negociação como processo essencial para chegar a uma intervenção que seja satisfatória e exequível para todas as partes envolvidas (técnicos, grupo-alvo, população em geral, parceiros, entre outros);
- **Educação para a Saúde:** Focar o interesse do indivíduo (ex-)consumidor de drogas/álcool, habitualmente centrado nas substâncias e no seu uso, na noção de saúde, procurando promover a alteração de comportamentos de risco e hábitos de consumo;
- **Acessibilidade aos Serviços de Saúde e Sociais:** Promover o acesso do indivíduo aos serviços de saúde e sociais estabelecendo e promovendo uma articulação concertada de forma a facilitar o relacionamento do indivíduo com estes serviços.

Reinserção: O desenvolvimento de acções que concorrem para a inserção social dos indivíduos com percursos de dependência de substâncias psicoactivas traduz-se cada vez mais em abordagens sistémicas, que encaram o indivíduo como um todo, e que procuram actuar ao nível das dimensões em carência que constituem obstáculos a percursos de integração sustentados e duradouros. Os sistemas sociais aparecem neste âmbito como uma dimensão que pode potenciar e facilitar os processos de inserção dos indivíduos em Reinscrção. O caminho parece basear-se numa lógica onde a intervenção tenha em conta as causas efectivamente associadas a estes fenómenos, procurando estratégias globais, que contemplem as diversas dimensões da realidade dos atores e dos sistemas sociais e que actuem estruturalmente nos problemas dos indivíduos e das sociedades. Neste contexto, as

entidades empregadoras, e também as entidades formativas, apresentam-se como parceiros fundamentais neste processo, que a todos implica de igual modo.

A equipa é formada por enfermeiros, assistente social, psicóloga, psiquiatra, assistente espiritual e administrativa.

As intervenções a implementar são visitas domiciliárias e aconselhamento/encaminhamento, por via telefónica.

As **visitas domiciliárias** serão realizadas sempre que se justificar, no período diurno (9h - 18h), em caso programado ou em caso de urgência após contacto telefónico. A equipa será sempre constituída por um enfermeiro especialista em saúde mental e psiquiátrica e outro técnico superior.

O **aconselhamento e encaminhamento** são efectuados através de uma linha telefónica directa. As chamadas serão atendidas, sempre, por um enfermeiro especialista em Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica ou outro técnico superior.

CARACTERIZAÇÃO DO PÚBLICO-ALVO

O concelho de Braga possui uma extensão de 183,4 km², distribuídos por 62 freguesias, com uma população residente de 173 946 habitantes e com a densidade populacional de 942,1 hab/km², sendo um dos concelhos mais populosos de Portugal e dos mais jovens da Europa.

Os destinatários deste projecto são pois, pessoas com co-morbilidade ou diagnóstico duplo, isto é, pessoas em que se verifique co-ocorrência de disfunções por consumo de substâncias psicoactivas e outra perturbação psiquiátrica (transtornos depressivos, comportamentos suicidários, perturbação bipolar, perturbações da ansiedade, perturbações da personalidade, esquizofrenia e outras perturbações psicóticas - preferencialmente em tratamento continuado com Neuroléptico de Acção Prolongada – NAP, entre outras...).

Por inexistência de dados epidemiológicos referentes à co-morbilidade no concelho de Braga apontamos o n.º de internamentos ocorridos na CSBJ- Unidade de São Luís no ano de 2010, como mera referência. Durante o ano de 2010 verificaram-se 268 admissões na referida unidade, em que 43 utentes vinham com co-morbilidade.

Os utentes são referenciados pelas Unidades de Curto Internamento de Psiquiatria da Casa de Saúde (Unidade de São Luís e Unidade São João de Deus), aos quais se realizará, uma visita

domiciliária para identificação de necessidades e definição de um plano de actuação. Os utentes podem também ser ainda referenciados pelos Centros de Resposta Integrada/Equipas de Tratamento do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), por Unidades de Desabilitação, por Comunidades Terapêuticas ou pelas USF, Hospitais e Centros de Saúde.

Assim, dado o público-alvo da nossa intervenção, pretendemos acompanhar em simultâneo 40 utentes.

O grupo alvo definido vai de encontro às prioridades referenciadas pelo Plano Nacional de Saúde 2004-2010 segundo o qual “cerca de 20% da população em geral tem diagnosticado alguma perturbação psiquiátrica, das quais 12% são perturbações psiquiátricas graves. No mesmo documento vem referido “Apesar da inexistência de dados sobre a morbilidade psiquiátrica a nível nacional, o 3º censo psiquiátrico permite-nos aferir que existe uma maior predominância de depressões na consulta externa, de alterações associadas ao álcool na urgência e de esquizofrenia no internamento”.

FUNDAMENTAÇÃO DO PROJECTO E SUA LOCALIZAÇÃO

A co-morbilidade, também designada «diagnóstico duplo», foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1995 como a «co-ocorrência no mesmo indivíduo de uma disfunção por consumo de substâncias psicoactivas e outra perturbação psiquiátrica».

O Observatório Europeu (EMCDDA, 2004) refere que a co-morbilidade é muitas vezes subestimada e subdiagnosticada afirmando que, dependendo do estudo clínico, as perturbações de personalidade oscilam entre os 14% e os 96%, a depressão com valores entre os 5% e os 72%, e as perturbações relacionadas com a ansiedade com valores entre os 4% e os 32%. Relativamente ao diagnóstico de co-morbilidade e à sua dificuldade no supramencionado relatório de 2004 pode ler-se: “... A avaliação de rotina das perturbações psiquiátricas e da personalidade nem sempre faz parte dos processos normais de diagnóstico realizados no início do tratamento nos serviços de luta contra a droga (...) os sintomas e as perturbações mentais raramente são exploradas nos centros de tratamento por consumo de drogas. De qualquer forma, a co-morbilidade é francamente difícil de diagnosticar...”

Dados provenientes do Censos Psiquiátrico realizado em Portugal em 2001, refere que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente de 12% a de perturbações psiquiátricas graves. As perturbações mentais são responsáveis por uma média de 31% dos anos vividos com incapacidade.

No que diz respeito ao Alcoolismo as estimativas apontam para a existência de, pelo menos, 580.000 doentes alcoólicos (síndrome de dependência de álcool) e 750.000 bebedores excessivos (síndrome de abuso de álcool), em Portugal.

Há co-morbilidade dos problemas ligados ao álcool e de vários problemas de saúde mental, nomeadamente, perturbações depressivas, perturbações da ansiedade, esquizofrenia e perturbações da personalidade, entre outros. Existe também co-morbilidade de consumo de álcool e consumo de outras substâncias, tais como benzodiazepinas e substâncias ilícitas, quer na doença actual, quer nos antecedentes pessoais dos indivíduos afectados.

Este projecto fundamenta-se com base no Relatório Mundial de Saúde da OMS (2001); Livro Verde da Comunidades Europeias (2005); nas necessidades, preocupações e objectivos a alcançar pelo Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016) e no Plano Nacional contra a Droga e a Toxicodependência (2005-2012).

Segundo o Relatório Mundial de Saúde de 2001, uma em cada quatro pessoas será afectada por uma perturbação mental num determinado momento da sua vida. Neste mesmo relatório faz referência à *“situação comum da presença de perturbações mentais associadas com a utilização e dependência de substâncias. Entre pessoas atendidas por serviços relacionados com a utilização de álcool e drogas, entre 30% e 90% apresentam uma «perturbação dupla» (Gossop e col., 1998)². A taxa de perturbações por utilização de álcool é também elevada entre os que procuram os serviços de saúde mental (65% segundo a comunicação de Rashliesel e col., 1999³). As perturbações por utilização de álcool são também comuns (12%-50%) entre pessoas com esquizofrenia.*

A presença de co-morbilidade substancial tem sérias repercussões na identificação, tratamento e reabilitação das pessoas afectadas. A incapacidade dos indivíduos sofredores e o encargo para as famílias também crescem na mesma proporção.”

No relatório sobre o estado da saúde mental, em 27 países da Europa, publicado no final de 2005 e adoptado pela Comissão Europeia como documento oficial, “estima-se que mais de 27% dos europeus adultos (entre os 18 e os 65 anos) são afectados pelo menos por uma modalidade de doença mental no decurso de um dado ano”.

Em Portugal, estima-se que a prevalência de perturbações psiquiátricas na população geral ronde os 30%, sendo aproximadamente 12% o correspondente a perturbações psiquiátricas graves. Não existem dados de morbilidade psiquiátrica de abrangência nacional que permitam caracterizar melhor o país (Direcção Geral da Saúde, 2004).

Em 2001, realizou-se, em Portugal, o Terceiro Censo Psiquiátrico em todas as instituições públicas e privadas, no Continente e Regiões Autónomas. Os seus resultados apontam para uma predominância de depressão (cerca de 20% da população) na consulta externa, de

² Gossop M, Stewart MS, Lehman P, Edwards C, Wilson A, Segar G (1998). Substance use, health and social problems of service users at 54 drug treatment agencies. *British Journal of Psychiatry*, 173: 166-171.

³ Rashliesel J, Scott K, Dixon L (1999). Co-occurring severe mental illness and substance abuse disorders: a review of recent research. *Psychiatric Services*, 50(11): 1427-1434.

alterações associadas ao consumo de álcool na urgência e de esquizofrenia no internamento. Verificou-se que, no seu conjunto, as esquizofrenias foram as patologias mais frequentes, com 3595 doentes (21,2%), seguidas das depressões com 2525 (14,9%), das oligofrenias com 2268 (13,3%), das alterações associadas ao consumo de álcool com 1502 (8,8%), das neuroses com 1456 (8,6%) e correspondendo as restantes patologias a 5647 doentes. A depressão tende a aumentar e, em conjunto com a esquizofrenia, são responsáveis por 60% dos suicídios.

A OMS (2001) considera como factores de risco de doença mental, condições de vida adversas; pobreza, guerra, processos migratórios; predisposição biológica; relações stressantes com a família e no trabalho; predisposição psicológica; faixa etária (crianças e idosos), sexo (feminino).

De acordo com o estudo “A Carga Global da Doença” (Global Burden of Disease), conduzido pela Organização Mundial de Saúde, Banco Mundial e Universidade de Harward, as doenças mentais, incluindo o suicídio, ocupam o segundo lugar no grupo das doenças que atingem países com economias estáveis, como os Estados Unidos. Nos países desenvolvidos das dez doenças mais incapacitantes quatro são psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, distúrbios ansiosos e alcoolismo.

Segundo a Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental “o alargamento da prestação de cuidados exige o estabelecimento de redes, não só hospitalares mas também comunitárias”. Este projecto irá desenvolver-se no concelho de Braga, dado a inexistência de qualquer apoio domiciliário especializado na área da saúde mental e psiquiatria, direccionada para a co-morbilidade.

O presente projecto é de cariz comunitário, não obstante a sede da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado ser a Casa de Saúde do Bom Jesus aproveitando, assim, sinergias em termos de recursos.

OBJECTIVOS DO PROJECTO

- Objectivos gerais:

- Promover o bem-estar físico e mental;
- Lutar contra o estigma, a discriminação e a exclusão social;
- Prevenir os problemas de saúde associados ao consumo de substâncias;
- Prestar cuidados no quadro de serviços e de intervenções integrados na comunidade, prevendo a participação dos doentes e cuidadores;
- Reabilitar integrando socialmente as pessoas que sofrem de co-morbilidade;
- Evitar os reinternamentos;
- Promover a articulação entre a rede de saúde e de suporte social.

- Objectivos específicos:

- Diminuir a co-morbilidade psiquiátrica;
- Aumentar a qualidade de vida das pessoas com co-morbilidade;
- Aumentar o nível de satisfação dos cuidadores do utente com co-morbilidade;
- Aumentar a acessibilidade a cuidados especializados de saúde mental e psiquiatria e outros;
- Reduzir os factores de risco ligados aos consumos;
- Reduzir taxa de abandono dos Nap;
- Diminuir a prevalência de recaídas/reinternamentos;
- Aumentar a autonomia nas actividades de vida diária e nas actividades instrumentais de vida diária;
- Reduzir a sobrecarga do cuidador;
- Diminuir a exclusão social e as situações de violência familiar;
- Avaliar as condições sócio-familiares;
- Orientar para estruturas de apoio social e de saúde.

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO E METODOLOGIAS UTILIZADAS

Este projecto visa a implementação de uma Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado para a Co-morbilidade, assegurada por uma equipa multidisciplinar – constituída por 3 Enfermeiros Especialistas, 1 Assistente Social, 1 Psicóloga e 1 Psiquiatra, durante 9h/dia e 5 dias/semana, numa estratégia articulada de apoio social e saúde.

A estratégia de intervenção visa prestar uma assistência individualizada e especializada em Saúde Mental e Psiquiatria. A particularidade deste serviço é a prestação de cuidados no domicílio, promovendo a integração do utente na comunidade familiar e alargada. Desenvolveremos também aconselhamento e encaminhamento, via telefónica.

O modo como iremos desenvolver este projecto baseia-se nas seguintes fases:

- Avaliação inicial multidisciplinar;
- Diagnóstico de situação;
- Planeamento de cuidados;
- Intervenção especializada;
- Avaliação dos cuidados;
- Reavaliação multidisciplinar.

Preveremos também uma intervenção em situações de crise, adequada a cada situação e de acordo com os padrões de qualidade.

ACTIVIDADES A DESENVOLVER

- Entrevista ao utente/cuidador informal
- Diagnóstico Social

- Dinâmicas psicoterapêuticas
- Treino de actividades de vida diária e actividades instrumentais de vida diária
- Estratégias de resolução de problemas
- Psicoeducação familiar e comunitária
- Acompanhamento psicossocial
- Intervenção em crise
- Aconselhamento e encaminhamento

CARACTERIZAÇÃO / TIPOLOGIA DAS INSTALAÇÕES

O presente projecto é de cariz comunitário, não obstante a sede da Unidade Móvel de Apoio Domiciliário Integrado ser a Casa de Saúde do Bom Jesus aproveitando, assim, sinergias em termos de recursos. Neste edifício dispomos de um gabinete técnico onde decorrerão as reuniões da equipa multidisciplinar. Este gabinete contém, para além do espaço de reunião, armários que servirão para o armazenamento dos dispositivos médicos, arquivo dos processos dos utentes e livros técnicos, um computador, uma impressora, um fax e um telefone.

IMPACTO PREVISTO DO PROJECTO NA CONCRETIZAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE

Consideramos que com as acções referenciadas se poderá influir na diminuição do número de recaídas e do número de reinternamentos, promovendo o bem-estar global e a autonomia dos utentes. Com a disponibilidade do serviço julgamos estar a criar uma estrutura comunitária de suporte com sustentabilidade e solidez, promovendo a articulação entre a rede de saúde e de suporte social.

ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJECTO

1. QUAIS OS PRINCIPAIS RESULTADOS QUE ESPERA ATINGIR COM O PROJECTO?

- Melhorar a qualidade de vida das pessoas com co-morbilidade em 25%;
- Reduzir o nível de sobrecarga do cuidador informal do doente com co-morbilidade em 40%;
- % de adesão à toma dos Nap de 90%;
- % de aconselhamento em situações de crise/recaída de 90%;
- % de melhoria na autonomia nas actividades de vida diária em 25%;
- % de melhoria na autonomia nas actividades instrumentais de vida diária em 25%;

2. COMO AVALIAR O SEU CUMPRIMENTO?

A monitorização e a avaliação dos resultados será realizada pela equipa multidisciplinar afectada ao projecto mediante:

- Análise estatística;
- Dados epidemiológicos;
- Indicadores de resultado.
- Aplicação de Testes psicométricos, nomeadamente:
 - AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)
 - DUDIT (drug use disorders identification test)
 - Instrumento de medida da Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL - 100);
 - Escala de Sobrecarga do Cuidador;
 - Índice de Lawton e Brody;
 - Mini Mental Test;
 - Escala de Risco de Violência de Plutchik;
 - Escala de Risco Suicida de Plutchik;
 - Escala sócio-familiar de Gijón;
 - Escala de Incapacidade de Sheehan;
 - Escala de Avaliação da Ansiedade de Hamilton
 - Inventário de Depressão de Beck

Semestralmente serão produzidos relatórios de avaliação com base nos quais realizaremos o relatório de avaliação final.

BIBLIOGRAFIA:

EMCDDA – *Co-morbilidade — O consumo de drogas e as perturbações mentais*. Observatório Europeu drogas. 2004. Consultado em 03 de Janeiro de 2012. Disponível em URL:

http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44768_PT_Dif14PT.pdf

DGS – *3º Censo Psiquiátrico*. Direcção Geral de Saúde. Lisboa. 2001. Consultado em 03 de Janeiro de 2012. Disponível em URL: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006006.pdf>

PEREIRA, Gomes P. – *Diagnóstico da situação no concelho de Braga* – Unidade de Saúde Pública de Braga. s.d. Consultado em 03 de Janeiro de 2012. Disponível em URL:

http://www.saudepublica.web.pt/TrabPedro/ACES-Brg_DS-2009-2.pdf

