



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**SÉRGIO EDUARDO ROCHA VIEIRA**

**PORTO, MARÇO DE 2012**



# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

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

**SÉRGIO EDUARDO ROCHA VIEIRA**

Sob a orientação da Professora Regina Teixeira de Sousa

**PORTO, MARÇO DE 2012**

***“O ESSENCIAL É INVISÍVEL AOS OLHOS”***

***Antoine de Saint-Exupéry***

## **Agradecimentos**

O meu reconhecimento e agradecimento à Professora Regina Teixeira de Sousa pela disponibilidade demonstrada ao longo de todo este processo de formação.

A toda a equipa do serviço de Sto Tirso/Trofa do Hospital Magalhães Lemos e do PIAC, em particular às Enfermeiras Susana, Alda, Marisa e Enfermeiro Cadete pela forma como me acolheram e pela confiança depositada no meu trabalho.

À minha namora Bibiana por ter partilhado comigo as conquistas e derrotas deste processo de formação pessoal e profissional.

Finalmente aos meus Pais, Irmã que tal como sempre estiveram ao meu lado em todos os momentos.

## **Siglas**

**CAT** – Centro de Acolhimento Temporário;

**CIPE** – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem;

**CRI** – Centro de Respostas Integradas;

**ESMP** - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica;

**EMAT** – Equipa Multidisciplinar de Apoio aos Tribunais;

**HML** - Hospital Magalhães Lemos;

**IDT** – Instituto da Droga e da Toxicodependência;

**NOC** – Nursing Outcomes Classification;

**OE** – Ordem dos Enfermeiros;

**OMS** – Organização Mundial de Saúde;

**PIAC** – Projecto Integrado de Apoio à Comunidade;

**SAPE** – Sistema Público Administrativo;

**SPA** – Substâncias Psicoactivas;

**TCC** – Técnicas Cognitivo Comportamentais.

## **RESUMO**

Este relatório procura dar resposta a uma unidade curricular, do plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria, elaborado neste âmbito, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica.

Descreve o caminho percorrido no estágio, aprendizagens relacionais, técnicas e científicas, bem como as competências adquiridas, no decorrer do mesmo, que foi realizado em dois diferentes contextos da área da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Desenvolvi assim, o estágio, procurando adquirir competências em unidade de internamento, no serviço de Sto Tirso/Trofa do Hospital Magalhães de Lemos. O módulo opcional, foi realizado no PIAC (Projecto Integrado de Apoio à Comunidade).

## **ABSTRACT**

This report seeks to describe the work realized in a curricular unit that belongs to the Master in Nursing with Specialization in Mental Health and Psychiatry plan of studies, given by the Institute of Health and Sciences at Portuguese Catholic University.

It aims to show what was done during all the internship stages as well as all the scientific and technical knowledge and skills acquired. This internship was conducted in two different contexts inside the Nursing Mental Health and Psychiatry area.

During the internship I've developed and acquired skills in inpatient unit, belonging to Santo Tirso/Trofa service of Magalhães Lemos Hospital. The optional module was realized at PIAC (Integrated Community Support Project).

## ÍNDICE

0 - INTRODUÇÃO	9
1 - MÓDULO II – HOSPITAL MAGALHAES LEMOS, UNIDADE TROFA/ S <sup>To</sup> TIRSO	11
2 - MÓDULO III – PROJECTO INTEGRADO DE APOIO Á COMUNIDADE (PIAC)	23
2.1 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	27
3 - CONCLUSÕES FINAIS	41
4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	45
ANEXO A – PLANOS DE SESSÃO DAS PSICOTERAPIAS	
ANEXO B – INDICADORES NOC APLICADOS	
ANEXO C – PLANOS DE SESSÃO – PIAC	
ANEXO D – PLANOS DE SESSÃO DAS FORMAÇÕES	
ANEXO E – DIAPOSITIVOS DAS FORMAÇÕES	

## **INTRODUÇÃO**

O presente documento emerge da unidade curricular Relatório, que integra o plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria 2009/2011, e que serve para descrever as actividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como as competências adquiridas.

Carmo e Ferreira (1998) referem que um relatório é a partilha de um conjunto de informações que o autor considera importante. Dessa forma tentarei relatar sucinta e objectivamente todo o meu trajecto, partilhando o mais relevante.

O Estágio decorreu em dois Módulos, uma vez que obtive creditação ao Módulo I – Promoção de estilo de vida saudável, diagnóstico e Prevenção. Esta creditação foi resultado da análise das competências adquiridas na área da Psiquiatria enquanto enfermeiro do I.D.T. (Instituto da Droga e da Toxicoddependência)

Enquanto profissional adquiri competências interpessoais, sendo capaz de identificar emoções, sentimentos e valores capazes de interferir na relação terapêutica com o cliente uma vez que o exercício profissional de Enfermagem, na área da toxicoddependência traduz-se pela relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente/família, requerendo desta forma sensibilidade para lidar com as diferenças individuais.

Desenvolvi também competências instrumentais na prestação e gestão de cuidados baseadas nas capacidades cognitivas, metodológicas e comunicacionais na prestação e gestão de cuidados ao utente e no trabalho de equipa. Enquanto enfermeiro adquiri competências na assistência da pessoa ao longo do ciclo de vida, tendo para isso mobilizado e melhorado aptidões ao nível da observação do comportamento, comunicação e entrevista.

O Módulo II foi realizado no serviço de Santo Tirso/Trofa do Hospital Magalhães de Lemos (HML), tendo decorrido entre 19 de Abril de 2010 e 16 de Junho de 2010. O Módulo III foi realizado no PIAC no período compreendido entre 06 de Outubro de 2010 e 27 de Novembro de 2010.

A escolha do campo de estágio no Hospital Magalhães de Lemos e do serviço de Santo Tirso/Trofa em particular prendeu-se com a curiosidade aguçada pela Enf.<sup>a</sup> que leccionou a Unidade Curricular – Enfermagem Psiquiátrica na qual foi possível perceber a autonomia dos Enfermeiros de Saúde Mental na execução de terapias e no pensar em Enfermagem, sendo isso uma mais valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional

A escolha do segundo campo de estágio - PIAC, aconteceu para complementar a formação que tenho ao nível da problemática das Toxicodependências uma vez que desenvolvo a minha actividade profissional nesta área.

Este relatório estrutura-se em dois capítulos. O primeiro refere-se ao Módulo II - desenvolvimento de Competências em Unidades de Internamento, sendo o segundo o Módulo III - Opcional.

A elaboração deste Relatório tem como objectivos apresentar a fundamentação do planeamento, implementação e avaliação crítica dos objectivos individuais, das actividades e das estratégias desenvolvidas; demonstrar conhecimentos adquiridos; e descrever as competências desenvolvidas ao longo da prática clínica, que permitiram uma aprendizagem em contextos alargados e multidisciplinares relacionados com a Saúde Mental e Psiquiatria.

A metodologia usada na elaboração deste documento será a análise descritiva, crítica e reflexiva, utilizando como estratégias a pesquisa bibliográfica, consulta do Portfolio elaborado durante o Estágio, reuniões tutorais com a professora orientadora; análise das actividades desenvolvidas para a consecução dos objectivos e análise das competências adquiridas em todo este processo. Em cada um dos capítulos será realizada uma análise crítica, reflexiva e fundamentada dos objectivos traçados e actividades implementadas para os atingir. No final será feita uma breve conclusão com o balanço de todo o processo desenvolvido.

Contudo, descrever resumida e objectivamente todas as experiências ocorridas ao longo deste período apresentar-se-á como o maior desafio à realização deste relatório.

## 1 - MÓDULO II – HOSPITAL MAGALHÃES LEMOS - UNIDADE TROFA/ STº TIRSO

O Hospital Magalhães Lemos (HML) é uma instituição especializada em cuidados de saúde mental e psiquiatria, do sector público administrativo e de referência na região norte. Localiza-se na zona ocidental da cidade do Porto, na freguesia de Aldoar, junto da estrada interior da circunvalação. Está organizado de acordo com um modelo de intervenção geo-demográfica compreendendo uma estrutura assistencial de acordo com as áreas do Porto, Póvoa do Varzim, Vila do Conde, Santo Tirso e Matosinhos.

A actividade assistencial do HML orienta-se segundo princípios definidos no seu Regulamento Interno, destacando-se: a **visão**, uma vez que é uma referência a nível nacional em termos de qualidade dos serviços prestados e na busca da melhoria contínua e promover um grau elevado de satisfação dos seus utilizadores; **missão**, presta cuidados de saúde especializados de psiquiatria e saúde mental por equipas multiprofissionais; **valores**, respeita a dignidade humana e equidade no tratamento; confidencialidade dos cuidados prestados, competência técnica, responsabilidade profissional e espírito de equipa; promove também a valorização e desenvolvimento profissional.

A unidade Trofa/ Sto Tirso funciona num dos pavilhões do HML e a equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, uma assistente social, uma psicóloga, secretárias de unidade e auxiliares de acção médica.

O dia de trabalho distribui-se por três turnos: turno da manhã das 8:00h – 14:30h; turno da tarde das 14 - 20:30h; turno da noite das 20:00h – 8:30h.

O internamento é uma modalidade de intervenção muitas vezes necessária com funções de avaliação, diagnóstico e tratamento, pois nem todos os utentes poderão permanecer na comunidade tendo em conta a gravidade da sua patologia.

A OMS (2004), define saúde mental como *“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”*

Segundo Alves (2004) *”para se interiorizar o conceito de Saúde Mental como um direito social, é necessária a institucionalização de outros direitos sociais como, trabalho, educação, habitação, estilos de vida saudáveis, etc.”*.

Os cuidados de enfermagem específicos da área de Saúde Mental e Psiquiátrica têm como objectivo principal contribuir para que as pessoas com problemas mentais e psíquicos atinjam o seu nível máximo de autonomia. Ajudar e encorajar doentes para que desenvolvam as suas potencialidades, proporcionar ajuda aos respectivos familiares para que intervenham nesse processo bem como colaborar na sua integração social são algumas das funções inerentes a esta área de actuação.

Na formação em enfermagem, o estágio ou prática clínica, onde se verifica a integração de conhecimentos no concreto das pessoas, revela-se de extrema importância *“para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão das práticas”* segundo Simões (2008).

Neste período de aprendizagem e com o intuito de reconhecer e evidenciar as competências condizentes à obtenção do grau de especialista, procurei fazer uma avaliação autocrítica e reflexiva do meu desempenho, identificando as competências adquiridas no meu percurso formativo e profissional, uma vez que, segundo Neves (2007) o aluno é cada vez mais co-responsável e protagonista da sua própria formação.

A intervenção no utente agudo é assim uma mais valia já que uma abordagem integrada e adequada às necessidades de cuidados no contexto de internamento influencia positivamente a sua reabilitação e readaptação ao contexto social em que se insere. *“Os cuidados de enfermagem têm como finalidade ajudar o ser humano a manter, melhorar e recuperar a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”* O.E.(2010)

O foco de atenção do enfermeiro nesta área é a promoção da Saúde Mental, a prevenção, o diagnóstico e a intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição que são geradores de sofrimento ou doença mental. (O.E.2010)

Tratando-se de um estágio e tendo por base o foco de atenção do enfermeiro na área de Saúde Mental, tornava-se imperiosa a integração na equipa multidisciplinar bem como em toda a dinâmica do serviço. Nesse sentido, e sendo essa uma necessidade e um objectivo previsto no meu projecto de estágio, foram realizadas actividades para o atingir. Assim, para além da apresentação realizada à equipa multidisciplinar por intermédio da orientadora do local de estágio, foi feita uma observação activa de toda a dinâmica de funcionamento dos serviços bem como dos recursos físicos disponíveis para o desenvolvimento das actividades. A consulta das normas e dos documentos relativos à caracterização dos serviços também se revelou benéfica.

A integração nos campos de estágio permitiu desenvolver competências interpessoais, relacionais e comunicacionais que favoreceram o desenvolvimento de competências de trabalho em equipa uma vez que toda a equipa multidisciplinar esteve envolvida nesta integração.

Como competência entende-se a capacidade de mobilizar adequadamente os saberes ou conhecimentos previamente adquiridos e pressupõe o agir em situação, mobilizando de uma forma equilibrada e integrada conhecimentos, capacidades, procedimentos e atitudes, o que determina melhor capacidade para pensar, fazer ou avaliar determinada situação.

A formação adquirida com o curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica levou a reconhecer em mim competências na prestação de cuidados de enfermagem diferenciados ao doente com patologia psiquiátrica. Dessa forma centrei-me nas actividades planeadas e realizadas para a consecução dos objectivos a que me propus neste período formativo.

Todo o trabalho foi conduzido por objectivos individuais concretos de forma a orientar as minhas intervenções para posteriormente permitir uma avaliação justa desse trabalho. Nada é feito sem ter um sentido próprio e como tal, temos de seguir determinados parâmetros que nos permitem cumprir os objectivos definidos.

O aprofundamento do conhecimento e aquisição de competências num domínio específico de enfermagem resulta em profunda compreensão da pessoa e dos processos de saúde/doença, amplo entendimento das respostas humanas em situações específicas e aplicação de intervenções de elevado nível de adequação às necessidades do indivíduo potenciando os ganhos em saúde. *“As intervenções do enfermeiro especialista em Saúde Mental visam contribuir para a adequação das respostas da pessoa doente e família aos problemas específicos relacionados com a doença mental tendo como objectivo evitar o agravamento da situação”* (O.E.2010)

O desempenho do Enfermeiro Especialista requer um sólido conhecimento teórico e uma proficiente utilização prática desse conhecimento. A sua existência favorece o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e facilita a investigação de novas dimensões do cuidar.

Na perspectiva da Ordem dos Enfermeiros (2006), o Enfermeiro Especialista é considerado o *“Enfermeiro com conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as responsabilidades humanas às situações de vida e aos processos de saúde/ doença, traduzido num conjunto de competências, relativas a um campo particular de intervenção, e certificadas pela OE.”*

Os objectivos gerais que encerram as competências a demonstrar, propostos no plano de estudos do curso, são:

- ✓ Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a Saúde Mental e Psiquiatria;
- ✓ Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações éticas e sociais resultantes dessas situações e juízos ou os condicionem;
- ✓ Ser capaz de comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

Estes objectivos visam especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem Avançada ao doente mental/família.

Dos objectivos gerais decorrem os objectivos traçados para o contexto do estágio, as actividades e a sua intencionalidade, bem como a mobilização e integração dos conhecimentos adquiridos ao longo do meu percurso pessoal e profissional. Dessa forma, revelarei a pertinência das actividades realizadas bem como a sua fundamentação.

**Objectivo: Demonstrar aprofundamento dos conhecimentos em Saúde Mental**

A consciência dos limites do âmbito da minha intervenção profissional, cresceu numa relação directa com a aquisição e aprofundamento dos conhecimentos, isto porque foi possível desenvolver maior

capacidade de identificar necessidades reais e/ou potenciais e dessa forma perceber a necessidade de mobilizar outros recursos.

A articulação com outros profissionais, reconhecendo e respeitando o seu âmbito de intervenção, com o intuito de encontrar as respostas mais adequadas, só demonstrou elevado conhecimento de mim enquanto Pessoa e Enfermeiro. Sempre que houve necessidade de fazer a articulação com outros profissionais da equipa multidisciplinar ou com outros serviços procurei estabelecer uma comunicação facilitadora da continuidade dos cuidados, permitindo dessa forma a aquisição de competências comunicacionais e relacionais fundamentais para a prestação dos mesmos

**Objectivo: Identificar diagnósticos de enfermagem na área da Saúde Mental e Psiquiátrica.**

Este objectivo revelou-se como um dos objectivos mais aliciantes, mas ao mesmo tempo mais difícil de atingir. Ainda assim, e após procura e pesquisa activa de bibliografia foi possível desenvolver competências ao nível da observação e entrevista facilitando dessa forma o diagnóstico de situação.

Para atingir este objectivo foram realizadas várias entrevistas de acolhimento servindo-me do guia de colheita de dados e utilizando linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). A CIPE tem vindo a consolidar-se mundialmente, permitindo a tão desejada padronização da comunicação e da troca de informações entre os enfermeiros. Da utilização da linguagem CIPE surge a necessidade de registar informaticamente toda a informação relativa ao utente. Nesse contexto surge o sistema SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), que me pareceu demasiado minucioso e que exige que os Enfermeiros dediquem demasiado tempo aos registos, tempo esse que podia ser precioso na intervenção directa aos utentes.

Esta recolha de informação indispensável à compreensão do estado da Saúde Mental dos utentes exigiu a mobilização de aptidões de observação, comunicação e entrevista, permitindo a avaliação abrangente do utente, prestando dessa forma assistência à pessoa no sentido da optimização da Saúde Mental

Para além do levantamento dos diagnósticos de Enfermagem as entrevistas de acolhimento visavam também explicar as regras de funcionamento do serviço, nomeadamente sobre o vestuário, rotinas do serviço e regras de funcionamento.

Independentemente dos diagnósticos de Enfermagem detectados era levantado o diagnóstico de risco de recuperação ineficaz e gestão do regime terapêutico (risco de recaída) a todos os utentes internados.

Ao diagnóstico de risco de recuperação ineficaz associava-se a reavaliação do Processo de Enfermagem. Este era realizado de cinco em cinco dias e tinha como objectivo a validação dos diagnósticos de Enfermagem, através de psicoterapias ou da aplicação do indicador NOC. (Anexo B – Indicadores NOC aplicados)

Ao diagnóstico gestão do regime terapêutico, risco de recaída, associava-se a preparação da alta. Se o utente não tivesse suporte familiar, esta preparação da alta era realizada directamente ao utente, contudo, e sempre que se verificasse a existência do cuidador de referência era levantado o diagnóstico “promoção do envolvimento da família” e era marcada a 1ª sessão com a família. O objectivo era conhecer a dinâmica familiar e perceber o interesse da família em acompanhar o processo de recuperação do utente. Nesse sentido eram marcadas sessões com a família onde era preparada a alta. Nessas sessões abordavam-se os sinais e sintomas de recaída e a importância do regime terapêutico. Se fosse necessário marcavam-se novas sessões para esclarecimento de dúvidas. De referir que quem promove o envolvimento da família executava também a preparação da alta. Destas intervenções decorre o próximo objectivo.

**Objectivo: Promover o envolvimento da família no processo de cuidados.**

No início do século passado o conceito de família era identificado pela existência do casamento. Este conceito foi sofrendo alterações o que levou ao aparecimento de expressões como “entidade familiar”, “família monoparental”, “filiação socio-afectiva”. Estas expressões tentam adequar a linguagem às mudanças que ocorreram na estrutura social.

Actualmente a composição familiar possui um significado mais amplo, transpondo a concepção biológica e acrescentando a ligação afectiva entre os membros.

Segundo a CIPE (2006), família define-se como sendo um grupo de seres humanos ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco, incluindo pessoas que são importantes para o utente. Considera-se portanto família como um grupo de pessoas que se une intimamente e interage constantemente, de forma colectiva ou individual.

A hospitalização, por si só desencadeia uma crise familiar, em que se evidencia a vulnerabilidade individual e/ou familiar. Para Alarcão (2006) “ *A vulnerabilidade individual pode definir-se como o conjunto de sensibilidades e fraquezas, patentes ou latentes, imediatas ou diferidas, que marcam a capacidade do sujeito ou da família para resistir às contrariedades do meio*”.

O aparecimento da doença mental significa então a alteração da homeostase, desestruturando todo o contexto familiar.

A promoção do envolvimento da família realizada durante o estágio preconizava precisamente a avaliação e interpretação das necessidades das famílias, detectando problemas e dúvidas no sentido de ser elaborado um plano de assistência à família para readaptar os padrões de funcionamento a uma nova realidade. A identificação e mobilização dos recursos adaptativos individuais e/ou familiares, para lidar com a situação de crise, torna-se portanto imprescindível.

Assim, é fundamental que os profissionais de Enfermagem estejam sensibilizados para estas alterações na dinâmica familiar e sejam capazes de promover a resiliência familiar. (Sequeira, 2006)

## **Objectivo: Desenvolver competências no planeamento e execução de intervenções psicoterapêuticas**

Para atingir este objectivo foi necessário observar todas as psicoterapias, o contexto em que elas surgiam e que diagnósticos podiam ser validados ou levantados, através da sua aplicação. Posteriormente passei a planear as intervenções que uma das Enfermeiras Especialistas sugeria, ainda que não fosse necessário aplicá-las aos utentes. Esta estratégia permitiu desenvolver competências ao nível do planeamento das intervenções.

Numa fase intermédia do estágio era eu que a partir dos diagnósticos sugeria a psicoterapia a aplicar, planeava, executava e avaliava. Dessa forma foi possível desenvolver a capacidade de gerir os cuidados especializados segundo prioridades e adaptar as psicoterapias conforme os diagnósticos identificados para cada doente.

As intervenções psicoterapêuticas que estão implementadas com mais frequência no serviço e que pude colocar em prática são:

- ✓ Relação de ajuda
- ✓ Técnicas Cognitivo - Comportamentais;
- ✓ Treino da Memória;
- ✓ Técnicas de Relaxamento (Muscular Progressiva de Jacobson e Imaginação Guiada).

Descreverei teoricamente e de forma sucinta cada intervenção psicoterapêutica. A forma como foram planeadas, executadas e avaliadas encontra-se em Anexo. (Anexo A )

### **Relação de Ajuda**

Para se poder ajudar de forma adequada o Enfermeiro deve antecipadamente acreditar que o utente, independentemente da natureza do seu problema de saúde, é o único detentor dos recursos para o resolver.

Tomando como ponto de partida esta premissa, o Enfermeiro oferecerá, sem impor, os meios complementares que permitirão ao utente descobrir ou reconhecer os recursos pessoais a utilizar para resolver o problema. O enfermeiro assiste, orienta e fornece ao utente cada etapa do processo de

resolução de problemas. De salientar que não toma decisões por ele nem deve substituí-lo. (Lazure, 1994).

Posto isto percebe-se que a relação de ajuda possui um carácter particular. Não é uma conversa amigável ou uma troca de pontos de vista. Trata-se sim de uma relação que a pessoa que ajuda estabelece, exclusivamente voltada para o outro e para o seu problema. (Phaneuf, 2002)

Esta relação estruturada, desenvolveu-se no decurso de uma entrevista que visava compreender a situação e os meios que o paciente dispunha para resolver os problemas. Nesse contexto foi possível ajudar o utente a “*operar o seu ajustamento pessoal a uma situação na qual não se adaptaria sem o suporte ou o apoio de um terceiro*” (Jacques Salomé, citado por Lazure)

### **Técnicas Cognitivo – Comportamentais**

A TCC teve início na década de 1960, sendo desenvolvida por Aaron Beck. O modelo seguido por esta linha de terapia é o cognitivo e sugere que a percepção do utente dos acontecimentos de vida influencia a suas emoções e comportamentos, isto é, a TCC relaciona os sentimentos e os comportamentos do indivíduo com a forma como ele estrutura o mundo e as suas cognições.

Dessa forma o meu objectivo foi produzir mudanças cognitivas, ou seja, mudanças no pensamento e nas crenças do utente com o intuito de promover mudança emocional e comportamental. (Sefanelli, 2008).

Foi interessante perceber que após as sessões de terapia os utentes conseguiam perceber os problemas de forma diferente com base no conhecimento adquirido sobre o problema e a variabilidade de soluções por eles encontradas.

## **Treino da Memória**

Como memória entende-se *“tipo de Autoconhecimento com as características específicas: actos mentais pelos quais são armazenadas e invocadas sensações, impressões e ideias, registo mental, retenção e invocação de experiências, conhecimentos, ideia, sensações e pensamentos passados”*(CIPE, Versão β2, citada por Sequeira 2006). Dessa forma percebe-se que os utentes que não apresentem a capacidade cognitiva para reter e transferir informações, previamente armazenada terão a memória afectada. Por sua vez o foco de atenção Memória engloba a orientação, a amnésia, a memória a curto e longo prazo. Dessa forma a intervenção em internamento objectivava a estimulação da memória e passavam também pela instrução do cuidador para o fazer no domicílio. (Sequeira 2006)

Passo a descrever as actividades que concretizaram a intervenção:

**Mnemónicas:** as mnemónicas são técnicas bastante úteis para memorizar itens desconhecidos.

**Técnica da associação:** esta técnica baseia-se em mnemónicas referidas anteriormente e consiste em associar palavras a serem memorizadas, isto é, se o objectivo é memorizar três palavras a pessoa deverá construir uma história com as palavras envolvidas.

**Listas:** o utente foi encorajado a criar listas de coisas a serem feitas. Este processo decorreria todos os dias de manhã. O utente apenas poderia socorrer-se da lista depois de ter tentado recordar-se da informação contida na lista.

**Etiquetas com nomes:** é uma forma simples e eficaz de organizar a informação. Esta estratégia tem uma dupla função: por um lado permite ao utente organizar os seus objectos e por outro liberta a capacidade de memorização para informação mais útil e que não pode ser organizada de forma tão concreta.

**Jogos de memória:** o doente pode treinar a sua memória através de jogos para esse efeito. Um exemplo de um jogo fácil e acessível é o jogo de cartas a pares. (Sequeira, 2006).

## Técnica de Relaxamento

As técnicas do relaxamento constituem um conjunto de procedimentos de intervenções úteis não só no âmbito da saúde, educação e recursos humanos. As primeiras publicações do relaxamento progressivo de Jacobson são de 1929.

O relaxamento muscular progressivo de Jacobson é bastante adequado para reduzir a tensão muscular, aliviar cefaleias, lombalgias, promover a consciência corporal e reduzir a pressão arterial sistémica.

As pessoas colocam-se deitadas ou sentadas. O ambiente deve ser silencioso ou com música ambiente num tom baixo. Deixam o pensamento o mais calmo possível e passam a realizar contracções musculares máximas seguida de relaxamento dos diversos grupos musculares, um-por-um, dos pés até a cabeça. Esta série pode ser repetida outras vezes até ser conseguido relaxamento profundo.

Como foi referido anteriormente todo o planeamento, aplicação e avaliação das psicoterapias foi realizado durante o estágio tantas vezes quantas as necessárias. Foi possível perceber a evolução em todo este processo no sentido da autonomização, tendo esta sido claramente alcançada.

Durante o estágio tive a oportunidade de planear, desenvolver e avaliar as psicoterapias com assinalável evolução, permitindo chegar ao final do estágio com total autonomia no processo.

Este estágio permitiu também adquirir competências ao nível da **supervisão do exercício profissional na área de ESMP** tendo para isso colaborado com Enfermeiros Especialistas do serviço, na supervisão dos cuidados na área da ESMP realizados por outros profissionais.

Para Fermin (1980) citado por Franco (1999), a supervisão é um trabalho “*de ajuda e assistência [...] destinando-se a atingir a melhoria dos resultados do processo ensino – aprendizagem, mediante um trabalho cooperativo*”. Dessa forma a supervisão dos cuidados na área da ESMP revela-se uma ajuda na formação de novos Enfermeiros repercutindo-se na melhoria dos cuidados. Nesse sentido houve uma supervisão dos cuidados realizados pelos alunos do curso de base, para que também pudesse contribuir para o desenvolvimento profissional e pessoal dos novos enfermeiros. Resultou numa avaliação positiva o modo como consegui planear gerir e avaliar todo o processo de aprendizagem destes alunos

Para Franco (1999) supervisão é o “*processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o aluno no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização*

*sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação*”. Só a reflexão da prática e a experimentação permitirão ao aluno atingir a excelência dos cuidados.



## **2 - MÓDULO III – PROJECTO INTEGRADO DE APOIO Á COMUNIDADE (PIAC)**

O Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT) foi criado a 29 de Novembro de 2002, pelo Decreto – Lei N.º 269-A/2002 de 29 de Novembro, resultado da fusão do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência e do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência.

Importa salientar que o (PIAC) surgiu em Novembro de 2007 em virtude da reestruturação do IDT e no âmbito de propostas de projectos dentro das delegações, tendo iniciado a sua actividade a 2 de Janeiro de 2008. Envolve 26 concelhos do Norte do país, dos quais fazem parte os cinco do Entre Douro e Vouga (EDV): Arouca, Oliveira de Azeméis, Santa Maria da Feira, S. João da Madeira e Vale de Cambra.

A nível de recursos humanos, o PIAC, neste momento, conta com quatro técnicos psicossociais, quatro psicólogos, quatro técnicos com formação em terapia familiar, dois enfermeiros, um administrativo, um psiquiatra, um assistente social, um técnico de investigação e dois seguranças. É coordenado por uma Assistente Social.

Os utentes são fundamentalmente jovens encaminhados pelos estabelecimentos de ensino, tribunais de menores e organizações não governamentais (ONG).

O PIAC actua não só ao nível dos jovens, mas também dos progenitores e instituições que lidam com adolescentes, como a comissão de protecção de menores e as escolas. A sua intervenção não é mais do que um sistema de consultas que, em vez de incidir única e exclusivamente no consumo de drogas, trabalha os comportamentos de risco através da prevenção e de modo integrado na comunidade.

O lema do projecto é “Intervir para Mudar” e tem por missão oferecer um espaço de escuta destinado a crianças em idade escolar, adolescentes em risco, famílias de risco e/ou disfuncionais, jovens e adultos em dificuldade que necessitem de apoio personalizado e especializado.

Para atingir esse objectivo tem à disposição consultas a crianças e adolescentes; consulta de famílias/outros; consulta de terapia familiar; consulta de psiquiatria, psicodrama, avaliação psicológica, psicologia forense, competências parentais e programas de educação para a saúde. Além deste apoio directo, presta serviços de informação/ formação em contextos comunitários institucionais, como Escolas, Centros de Saúde e colabora com EMAT (Equipa Multidisciplinar de Apoio aos Tribunais), Tribunal de Família e Menores.

O PIAC tem como objectivos principais:

- ✓ Oferecer um espaço de escuta destinado a crianças em idade escolar e jovens e adultos em dificuldade que necessitem de apoio personalizado e especializado através de consultas;
- ✓ Proporcionar atendimento informativo, sensibilização e formação de adultos, jovens e jovens adultos que oferece ao cidadão, às instituições públicas ou privadas, um serviço que presta informação sobre como lidar com comportamentos de risco (pré-delinquência, comportamentos de risco e desviantes, dependências e novas dependências). Dando formação neste âmbito também.
- ✓ Oferecer às instituições publicas e privadas um serviço de consultadoria e/ou supervisão, não só a técnicos individualmente, mas também a equipas técnicas que lidam com crianças, adolescentes, jovens em risco e com famílias de risco.
- ✓ Promover a colaboração em projectos de investigação como universidades, escolas e outros (essencialmente com organismos públicos).

O horário de atendimento e funcionamento: segunda a sexta-feira das 8:00h às 20h00.

Um argumento que evidencia a importância deste projecto é o referido na Rede de Referenciação de Psiquiatria e Saúde Mental onde se pode ler que “*o alargamento da prestação de cuidados exige o estabelecimento de redes, não só hospitalares mas também comunitárias*”, Interpreto dessa forma que os serviços devem estender-se à comunidade e criar redes que permitam a proximidade à população.

Para um melhor funcionamento e uma visão mais ampla das suas actuações, o PIAC tem parcerias com a Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Departamento do comportamento desviante; com a Universidade do Minho, Departamento de Psicologia da Justiça. Tem

a colaboração dos directores dos Centros de Resposta Integrada (CRI's), dos coordenadores da prevenção, redução de riscos e de reinserção, de médicos psiquiátricos e pedopsiquiatras.

O encaminhamento para o PIAC acontece através das várias CPCJ's (comissão de protecção de crianças e jovens) e EMAT's, bem como Tribunal Judicial, Tribunal de Família e Menores, Tribunal Judicial de Menores, Delegação Regional do Norte, Segurança Social ou IDT. As situações podem também chegar através das famílias ou por auto-referenciação. Posteriormente, e segundo uma prioridade, são marcadas consultas de triagem, realizadas pela equipa de enfermagem. Estas consultas têm como propósito explorar a história pessoal e familiar do utente bem como realizar o diagnóstico da situação.

O diagnóstico é um instrumento que permite analisar uma dada situação e compreendê-la, permitindo reconhecer as causas que a determinam de forma a interpretar as características gerais da realidade onde se pretende intervir.

Segundo Guerra (2000) “diagnóstico define-se como o aprofundamento das dinâmicas de mudança, potencialidades e obstáculos numa determinada situação, sendo um processo permanente e sempre participado, pelo que está sempre inacabado (...). É como um instrumento de participação e de consciencialização dos actores intervenientes (...) mas também um instrumento de interacção e comunicação entre actores face à compreensão, interacção e compreensão da realidade e à identificação de necessidades.”

A mesma autora vai mais longe, afirmando que o diagnóstico “é essencialmente um processo de pesquisa - acção participada e utiliza quer as técnicas tradicionais de pesquisa, quer outras...”

Dessa forma, para a realização de um diagnóstico é importante estudar a realidade em que vamos actuar para dessa forma diagnosticar quais os problemas alvo da nossa intervenção.

O PIAC sendo um serviço criado com o objectivo de prestar apoio à comunidade funciona com objectivos bastante gerais no âmbito da prevenção, reinserção, redução de riscos e do tratamento.

As linhas orientadoras do funcionamento do PIAC baseiam-se em modelos de evidência técnico – científica como:

**Modelo Conceptual** - Intervenções Centradas na Comunidade utilizando o Interaccionismo simbólico (Escola de Chicago, George Herbert Mead-”mind, self and society”- na esteira de Herbert Blumer) como paradigma.

Este modelo centra-se no estudo do comportamento humano e a dinâmica entre os indivíduos. Os indivíduos não são reflexo de meros actos sociais, são sim reproduzidos por eles. O self do indivíduo (o eu na relação com os outros) é influenciado pela sociedade (nós com o outro/ os outros) e esta é construída permanentemente através da dinâmica dos seus actores. Actores sociais que se influenciam mutuamente. A experiência humana é mediada pela interpretação (simbólica) que cada indivíduo lhe atribui. Segundo este modelo a pessoa nasce e interage socialmente, muda continuamente, ajusta-se e circunscreve-se.

**Modelo Sistémico** – Estuda o indivíduo nos seus sistemas

O foco da atenção do modelo sistémico é o indivíduo e a sua interacção com os sistemas, intervindo sistematicamente de forma circular e permanentemente recursiva. Utiliza a análise da morfogénese dos sistemas (domínio das retroacções positivas sobre as negativas), as teorias da comunicação e analisa as relações interpessoais. Outra das características é o reconhecimento das capacidades e potencialidades evolutivas de um sistema, no contexto da sua complexidade. A perspectiva sistémica recusa ver o sujeito como causa das dificuldades ou perturbações para integrar os contextos em que o sintoma (ou disfunção) surge. (Wright & Leahey, 2002)

Utiliza a sua teoria e as suas técnicas de intervenção para, sistemicamente desenvolver acções em rede e empowerment (implica os actores sociais e os seus sistemas, para desenvolver relações interpessoais e intersociais). Dessa forma promove parcerias e dinamiza as suas intervenções de forma a reforçar a participação e a responsabilização dos cidadãos e das instituições.

**Modelo Dialógico e Modelo Educativo (Laverack 2008)**

**Modelo Dialógico** - Visa o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde (registre-se que este modelo é integrador do modelo sistémico e de intervenção em rede).

**Modelo Educativo** - Promove estilos de vida saudáveis. Centra-se no indivíduo e no grupo, sendo orientados para o desenvolvimento de competências pessoais, sociais, políticas e culturais, reforçando os comportamentos e estilos de vida saudável no âmbito da promoção para a saúde.

Tendo por base os modelos de intervenção anteriormente descritos, o trabalho realizado centrou-se na promoção de estilos de vida saudável, orientando o indivíduo para o desenvolvimento de competências pessoais e sociais.

## **2.1. ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS**

As actividades perspectivadas para este estágio centravam-se nos objectivos descritos em Projecto, contudo o projecto é isso mesmo, um esboço do que provavelmente será o nosso estágio e que poderá ser reformulado, tendo em conta os contextos reais que se nos deparam.

A realidade revelou a necessidade de acrescentar objectivos e actividades que não tinham sido consideradas na altura da execução do projecto. Dessa forma, passo a descrever as actividades desenvolvidas e os objectivos atingidos.

Numa altura em que os grupos terapêuticos (com jovens abstinente ou consumidores) ainda não estavam formados, a actividade que mais ocupou o estágio foi a realização de triagens. Este momento caracteriza-se por uma avaliação clínica, familiar e psico-social de cada indivíduo, permitindo perceber a causa do seu encaminhamento para o PIAC.

Da avaliação realizada nas triagens, dos casos que foram enviados por consumo de estupefacientes destaco a possibilidade de identificar factores de risco e de protecção relacionados com o consumo de drogas. Essa identificação permite avaliar o risco que estes jovens correm e dessa forma delinear uma intervenção que possa incrementar factores de protecção e diminuir os factores de risco, para que esses jovens não consumam drogas, mudem o contexto ambiental que se relaciona com o consumo de drogas e modifique a interacção entre estas variáveis (Ammerman et al., 1999, citado por Iglesias)

Como factor de risco entende-se *“um atributo e/ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que incrementa a possibilidade do uso e/ou abuso de drogas (início) ou uma transição ao nível da implicação com as mesmas (manutenção)”* (Clayton 1992, citado por Iglesias)

Por factor de protecção considera-se *“um atributo ou característica individual, condição situacional e/ou contexto ambiental que inibe, reduz ou atenua a probabilidade do uso e/ou abuso de drogas ou a transição ao nível da implicação com as mesmas”* (Clayton, 1992, citado por Iglesias)

Se, em relação a um jovem, conhecermos os factores de risco e de protecção, podemos aplicar um programa preventivo orientado para o enfraquecimento dos factores de risco e para a potenciação dos factores de protecção.

Segundo Hawkins et al.1992, citado por Iglesias, os factores de risco para o abuso de substâncias psicoactivas são:

- ✓ Genéticos - Filhos de consumidores de substâncias psicoactivas (SPA)
- ✓ Constitucionais - Uso prematuro de drogas (antes dos 15 anos); dor ou enfermidade crónica e factores fisiológicos.
- ✓ Psicológico - Problemas de saúde mental; abuso físico, sexual ou emocional
- ✓ Sociocultural – Família (uso de drogas por parte dos pais e atitudes positivas face ao uso de drogas, divórcio ou separação dos pais, problemas de educação da família, baixas expectativas para os filhos ou para o êxito); Pares (amigos que usam drogas, atitudes favoráveis face ao uso de drogas, conduta anti-social ou delinquente prematura); Escola (carência do cumprimento da política escolar, pouca dedicação à escola, fracasso escolar ou abandono da escola, dificuldades em passar de ano)
- ✓ Comunidade - Leis e normas da comunidade favoráveis face ao uso de drogas; carência de uma adequada vinculação social, privação económica e social, disponibilidade de drogas (incluindo álcool e tabaco).
- ✓ Como factores protectores Pollard et al (1997, citado por Iglesias) apontam:
- ✓ Individuais – religiosidade, crença na ordem moral e habilidades sociais
- ✓ Familiares – apego familiar; oportunidades para a implicação na família; reforços para a implicação na família;
- ✓ Comunitários – reforços pela implicação na comunidade; oportunidades para se implicar na comunidade

Estes factores permitem-nos direccionar uma intervenção e delinear um programa preventivo no sentido de promover a saúde do adolescente.

Na sequência das avaliações (triagens) realizadas e das características dos jovens, foram formados grupos terapêuticos. A idade dos jovens teria de estar compreendida entre 12 e 15 anos, estar em acompanhamento psicoterapêutico no PIAC e ausência de quadro psicopatológico. A ideia era formar dois grupos, um composto por jovens abstinentes de estupefacientes e o outro de jovens consumidores.

O período que compreendeu o meu estágio, apenas permitiu intervir ao nível dos jovens abstinentes. Assim sendo, passo a descrever o grupo terapêutico.

#### Caracterização do grupo terapêutico

O **utente A** é do sexo masculino, tem 14 anos de idade e encontra-se integrado na família. Actualmente frequenta curso profissional. Consome tabaco regularmente e já experimentou haxixe. O controlo regular de metabólitos tem demonstrado abstinência.

O **utente B** é do sexo masculino, tem 15 anos de idade e encontra-se institucionalizado num CAT (Centro Acolhimento Temporário), frequenta o 6º ano de escolaridade de um curso profissional. Experimentou cannabis no Lar, com amigos. Actualmente abstinente.

O **utente C** é do sexo masculino, tem 13 anos de idade e encontra-se institucionalizado num CAT. Frequenta o 6º ano de escolaridade de um curso profissional. Fuma tabaco regularmente e experimentou haxixe.

O **utente D** é do sexo feminino, tem 15 anos. Iniciou consumos de tabaco aos 11 anos e experimentou haxixe aos 12. Encontra-se institucionalizada neste momento. Frequenta o ensino normal.

O **utente E** é do sexo masculino, tem 15 anos. Vive com os pais e frequenta o ensino normal. Teve várias experiências de consumo de haxixe mas neste momento encontra-se abstinente.

O **utente F** é do sexo feminino, tem 16 anos e encontra-se institucionalizada. Frequenta curso profissional. Experimentou haxixe com 15 anos e neste momento encontra-se abstinente.

Foram realizadas várias sessões com este grupo terapêutico (Cujo planeamento se encontra no Anexo C):

## **1ª Sessão (27.10.2010) durante 60min**

### **Objectivos:**

- ✓ Apresentar os membros do grupo e promover a sua interacção.
- ✓ Definir normas de funcionamento do grupo, realçando a importância da inclusão de todos os elementos.
- ✓ Calendarizar sessões e definir do horário
- ✓ Esclarecer objectivos e estratégias.
- ✓ Fomentar a coesão do grupo.
- ✓ Criar um clima de abertura e confiança.
- ✓ Implicar os jovens no processo de desenvolvimento do projecto, estimulando e apoiando a sua participação activa.

### **Conteúdo:**

Foi solicitado que os membros participantes formassem sub-grupos de 2 elementos, preferencialmente com parceiros desconhecidos. Durante 10 minutos, os subgrupos entrevistaram-se mutuamente utilizando uma grelha de perguntas disponibilizadas pelos técnicos. Após o tempo disponibilizado para a actividade voltamos para o grande grupo e cada membro fez a apresentação do colega entrevistado. Foi pedido que cada elemento permanecesse atento às apresentações em geral e à sua em particular, verificando se correspondia aos dados fornecidos. Desta forma foi possível a integração grupal e o início de uma relação interpessoal.

Avaliação da sessão: Os objectivos descritos para esta actividade foram atingidos na globalidade. Foi possível definir as normas de funcionamento do grupo bem como a calendarização das sessões. Os jovens foram estimulados a participarem activamente no projecto para que o proveito fosse potenciado. A dinâmica utilizada permitiu a integração grupal e criação de um ambiente de confiança.

## **2ª Sessão (3.11.2010) durante 60min**

### **Objectivos:**

- ✓ Partilhar com o grupo a vivência de situações problemáticas.
- ✓ Abordar expectativas desenvolvidas relativamente aos problemas.
- ✓ Aumentar a capacidade para lidar com situações de conflito/stress.

- ✓ Fomentar a procura de alternativas

**Conteúdo:**

Nesta sessão foi privilegiada a auto-reflexão e consciencialização sobre o presente. Contemplamos a livre partilha de vivências entre os elementos bem como as estratégias usadas na resolução dessas vivências.

Esta acção está orientada para o treino de competências de comunicação, capacitação dos(as) adolescentes para lidarem com a frustração e para a resolução de conflitos considerados influentes no processo de mudança. Nesse sentido foi fornecida uma folha com perguntas de resposta aberta que permitissem estimular o debate sobre os problemas e as alternativas usadas por cada um.

Avaliação da sessão: O início da sessão foi marcada pela explicação da actividade ao grupo, que inicialmente se mostrou bastante céptico. A perseverança dos técnicos permitiu o normal funcionamento da sessão. Todas as situações relatadas serviram para mostrar a forma como cada jovem resolve os problemas bem como as estratégias que usa para esses mesmos problemas.

Foi positiva a forma como os restantes elementos do grupo foram capazes de transmitir estratégias diferentes para o mesmo problema fomentando assim a busca de alternativas. Dessa forma, os objectivos delineados foram amplamente atingidos.

### **3ª Sessão (10.11.2010) durante 60min**

#### **Objectivos:**

- ✓ Colocar o adolescente em contacto com os seus próprios valores, levando-o a reflectir sobre o que ele considera mais importante na sua vida.

#### **Conteúdo:**

Foram distribuídas folhas de papel aos utentes e foi-lhes pedido que lessem com atenção os valores enunciados. Em seguida foi solicitado que escrevessem, em ordem de importância, os valores que fazem parte da maneira de agir no quotidiano, assim o utente colocou em primeiro lugar o que para ele é o valor mais importante de todos e assim sucessivamente, até que tenha escolhido pelo menos sete valores.

Após terminarem a dinâmica foi pedido para que enumerassem por ordem decrescente a sua escala de valores permitindo dessa forma a discussão da mesma e o tipo de sociedade que os valores apresentados temem a contruir.

Avaliação da Sessão: Após a distribuição das folhas com os valores enunciados e a explicação da sessão, foi pronto o seu preenchimento. Quando todos terminaram, foi construída a escala de valores do grupo (através da verificação de quais os valores que apareceram mais vezes em cada posição).

Nesta actividade foi importante a reflexão dos jovens sobre os valores que os norteiam bem como os mais significativos na sua vida. A constatação por parte dos jovens, que as escalas de valores variam conforme as vivências e as perspectivas futuras, revelou-se imprevisível e vantajosa já que consciencializaram os jovens para a diferenciação e individualidade de cada um.

#### **4ª Sessão (17.11.2010) durante 60min**

##### **Objectivos:**

- ✓ Favorecer o desenvolvimento do auto-controlo.
- ✓ Optimizar as potencialidades individuais.
- ✓ Consciencializar sobre a importância do processo comunicacional nas relações humanas.
- ✓ Favorecer a compreensão das consequências da tomada de decisões.
- ✓ Ensinar o significado de comportamentos assertivos mostrando as suas características.
- ✓ Ensinar as diferenças entre comportamentos assertivos, agressivos, passivos e manipuladores.

##### **Conteúdo:**

Esta sessão privilegiou a aquisição de competências relacionadas com a assertividade. Para atingir esse objectivo recorreremos a situações imaginárias ou reais, sugeridas pelos elementos do grupo. Através de Role-play demos expressão às ideias sugeridas que passam por uma proposta/convite da qual a pessoa não se mostra interessada. A recusa ao convite terá de ser efectuada através de respostas assertivas. No fim da sessão os participantes devem avaliar o estilo de comunicação utilizado. Foi ainda feita uma proposta por parte dos técnicos para encenar uma situação de pressão para a utilização de drogas.

Para finalizar foi exposto um documento apontando as características de um comportamento assertivo em comparação com comportamentos agressivos, passivos e manipuladores.

Avaliação da sessão: Após a explicação da sessão as ideias começaram a surgir a muito custo, contudo, as que foram solicitadas acabaram por ser colocadas em prática. Foi possível perceber a forma como os jovens reagem de maneira diferente ao mesmo estímulo. Por outro lado serviu para colocar os jovens a argumentar a sua tomada de decisão o que permitiu melhorar as competências comunicacionais de cada um bem como a capacidade de argumentação.

O documento exposto suscitou curiosidade e permitiu que os jovens compreendessem as diferenças entre os vários comportamentos. Com o documento apresentado foi possível dar a entender aos jovens a importância da assertividade e a sua implicação.

## 5ª Sessão (24.11.2010) durante 60 min

### Objectivos:

- ✓ Cimentar noções da sessão anterior.
- ✓ Favorecer a compreensão das consequências da tomada de decisões.

### Conteúdo

Foi aplicada a história quatro do projecto “*Eu e os Outros*”. O *Eu e os Outros* têm por base oito histórias em suporte electrónico. Cada uma delas aborda temas ligados ao desenvolvimento pessoal e social. Apresenta-se como um instrumento que promove os processos de tomada de decisão e confrontação no seio do grupo promovendo dessa forma a exploração de informação dirigido a grupos de jovens entre os 10 e os 18 anos. As histórias são apresentadas em formato electrónico e têm como objectivo promover a reflexão em grupo sobre temas do desenvolvimento ligados à adolescência, criar uma dinâmica de grupo geradora de crescimento pessoal e social e promover os processos de tomada de decisão e confrontação no seio do grupo explorando a informação.

A fundamentação teórica do projecto centra-se nos seguintes modelos (citados por Henriques, S.; Soledade, A. - 2008)

- Modelo de influência social (Bandura 1977),
- Modelo compreensivo/social (Jessor & Jessor, 1977)
- Modelo cognitivo/informativo (Fishbein & Azjen, 1975)
- Campo da promoção da saúde,
- Modelo construtivista (Lecannelier - 2001)
- Teoria do jogo (Elkonin, 1998)

Para melhor compreender as bases do projecto “*Eu e os Outros*” descreverei em traços gerais cada modelo que influenciou o projecto.

O **Modelo de Influência Social** sugere a personalidade como fruto da interacção entre três factores chave: Ambiente, Comportamentos e Processos Psicológicos. Dá também ênfase aos factores sociais (media, pares e família) no início do consumo.

O comportamento é orientado pelo conhecimento, intenções e pelas pessoas que são importantes, adquirindo um comportamento através da observação de um modelo – Modelagem.

Dessa forma, a influencia deste modelo prende-se com a possibilidade de facultar ao sujeito um contexto de grupo que permita a observação e modelação de comportamentos, mediante processo reflexivo sobre atitudes e argumentos gerados em contexto de jogo.

Já o **Modelo Compreensivo/Social** dá ênfase aos processos de socialização que envolvem o indivíduo, atribuindo importância aos factores de risco e de protecção no desenvolvimento de comportamentos aditivos. O *Eu e os Outros*, definindo o grupo como contexto de intervenção e confronto de posições pessoais como ponto de partida para a exploração da dinâmica do grupo, reforça o desenvolvimento de competências pessoais e sociais como factores fundamentais para a gestão de futuras situações de tensão no quotidiano dos jovens envolvidos.

Para o **Modelo Cognitivo/Informativo** os comportamentos derivam do equilíbrio entre o conhecimento sobre as substâncias e os seus efeitos, bem como a forma como o indivíduo percebe as normas sociais vigentes, face à utilização dessas substâncias. A acção é regida por valores pessoais e normas sociais.

Há uma clara aposta na informação sobre substâncias e efeitos associados aos seus consumos. No *Eu e os Outros* a informação ganha mais sentido quando traduzida em conteúdos próximos à realidade dos jogadores, não apenas na adequação de termos mas, sobretudo, enquanto integrada num todo mais lato de temas e dinâmicas de vida indissociáveis entre si.

No “*Eu e os Outros*” também se procura inculcar uma noção alargada do conceito de Saúde (física, psicológica, afectiva, cognitiva, social e espiritual). Esta abordagem do **Campo da Promoção da Saúde** incide não apenas nas áreas ditas de risco ou associadas à doença, mas numa perspectiva global de saúde. O jovem é instado a procurar harmonia entre as diversas esferas da sua vida e a não procurar refúgios compensatórios numa área de maior sucesso.

A abordagem de diferentes temas e vertentes relacionais permite aos jogadores uma leitura de como as esferas se interligam e condicionam mutuamente.

O **Modelo Construtivista** propõe a uma construção narrativa que permite ao jovem ordenar o mundo e a si próprio, permitindo a antecipação da realidade a partir de estruturas de experiências que lhes sejam familiares. Permite também elaborar a sua experiência emocional em sequências temporais com um início, um meio (conflito) e um fim (resolução), permitindo uma melhor compreensão das suas acções e das dos outros.

**A teoria do Jogo** apresenta o jogo como uma actividade onde a criança/jovem se apropria do mundo dos adultos da maneira que lhe é possível, face ao estágio de desenvolvimento em que se encontra. O jogo facilita a superação do egocentrismo cognitivo (Piaget): colocando-se no lugar do outro a criança/jovem abandona gradualmente as suas posturas para adoptar as do adulto, nunca esquecendo que é criança.

Avaliação da sessão: Explicados os objectivos da sessão, e por se tratar de uma sessão com material informático, as expectativas eram elevadas. A particularidade do projecto “Eu e os Outros” é a possibilidade de o jovem/utente realizar escolhas e decidir o rumo da história, permitindo trabalhar a tomada de decisão e a confrontação com o grupo após essa deliberação. Com isso foi possível potenciar as competências comunicacionais, de argumentação e de tomada de decisão dos jovens, bem como a capacidade de reflexão da temática abordada.

Durante o estágio realizado no PIAC houve a possibilidade de efectuar formação sobre **“Substâncias Psicoactivas e os seus efeitos” aos técnicos** do Lar Nosso Senhor do Acolhimento. (Cujo Planeamento se encontra no Anexo D e os Diapositivos no Anexo E).

### **Conteúdo e avaliação**

O objectivo da formação foi dotar as técnicas de conhecimentos relativos às substâncias psicoactivas para assim, também elas poderem diagnosticar precocemente situações de consumo de substâncias nas jovens do Lar.

Após apresentação dos formadores e dos formandos, foi proposto que se agrupassem dois a dois e que supusessem ser “apresentadores” de uma das substâncias sugeridas (Álcool, Haxixe, Cocaína). Cada grupo abordou a substância atribuída, e posteriormente o porta-voz do grupo fez a apresentação da Substância. Dessa forma foi possível colocar os participantes a pensar nas características das substâncias, formas de apresentação, efeitos e efeitos secundários.

Esta dinâmica permitiu o debate e o esclarecimento de alguns mitos relacionados com as substâncias psicoactivas. No fim da dinâmica foi feita apresentação da formação e esclarecidas dúvidas. O feedback dos formandos foi muito positivo.

Para a execução do objectivo **“Realizar intervenção precoce em Saúde Mental de forma a prevenir situações de consumo de substâncias”** foi realizada uma actividade formativa na Escola Básica de

Chouselas - Gaia tendo como tema “**Promoção de competências assertivas**”. (Cujo planeamento se encontra no Anexo D e os diapositivos da formação no Anexo E).

Prevenção pode entender-se como um nível de intervenção técnico-científico e, em sentido geral, como um processo activo de implementação de iniciativas para modificar e melhorar a formação integral e a qualidade de vida dos indivíduos, fomentando competências pessoais e sociais, no sentido da promoção da saúde e bem-estar das populações.

A prevenção das toxicodependências actua no âmbito da redução da procura de substâncias psicoactivas, através de estratégias que contribuem para a redução dos factores de risco associados ao seu uso. Para a compreensão da problemática do uso e abuso de substâncias é necessário ter em conta três componentes indissociáveis: substância, individuo e o meio ambiente.

A intervenção preventiva operacionaliza-se através de três níveis de estratégias:

**Prevenção Universal** – é dirigida à população em geral ou a membros, subgrupos, de uma determinada população. Um dos princípios é que todas as pessoas da população partilham o mesmo risco geral, apesar do nível do risco variar entre os indivíduos. O objectivo dos programas de prevenção universal é deter ou retardar o uso e o abuso de SPA (Substâncias Psicoactivas) lícitas ou ilícitas (Sousa, A. 2007)

**Prevenção Selectiva** – é dirigida a sub-grupos específicos da população geral. Os programas são definidos pela avaliação do grau de risco do grupo, sem avaliação específica do nível de risco individual. A identificação dos grupos de risco é feita em função dos factores de risco a que estão expostos e podem ser definidos pela idade, sexo, história familiar, contexto social envolvente. O objectivo dos programas de prevenção selectiva é também deter ou retardar o uso e o abuso de SPA lícitas e ilícitas (Sousa, A 2007)

**Prevenção Indicada** – dirige-se a indivíduos com comportamentos de uso de substâncias e/ou apresentam outros comportamentos problemáticos. O objectivo dos programas de prevenção indicada é a redução dos primeiros consumos, da sua frequência, a redução da duração dos comportamentos de risco e o retardar o inicio do abuso e intensidade do consumo de SPA.(Sousa, A.2007)

## **Conteúdo e avaliação**

O objectivo da formação era;

- Apresentar as substâncias nocivas escolhidas (tabaco, álcool e medicamentos)
- Consciencializar os jovens sobre os malefícios das substâncias apresentadas.

Após a apresentação da formação, o grande grupo foi dividido em três sub-grupos. Era importante colocar os jovens a pensar num slogan alusivo às substâncias apresentadas, colocá-lo em cartolinas e apresentar ao grande grupo para depois ser exposto na sala de aula.

A dinâmica correu conforme planeada, sendo que a adesão dos jovens foi grande e bastante positiva.



## CONCLUSÕES FINAIS

A passagem pelo internamento do serviço de Sto Tirso/Trofa do Hospital Magalhães Lemos e pelo PIAC constituiu uma mais-valia, enriquecendo a minha experiência enquanto profissional que se dedica ao cuidar, como refere Collière (1999) quando classifica a Enfermagem como “*a ciência dos cuidados*”.

Este estágio proporcionou um importante leque de experiências para a aplicação dos conhecimentos, para o desenvolvimento e treino da reflexão/avaliação auto-critica, para além de proporcionar o desenvolvimento de competências no âmbito relacional e comunicacional que permitiram alcançar a prestação de cuidados de excelência.

Durante o estágio relativo ao internamento do adulto foi possível desenvolver a capacidade de gerir os cuidados especializados segundo prioridades e adaptar as psicoterapias conforme os diagnósticos identificados para cada doente.

O planeamento e a execução destas psicoterapias apresentavam-se como o grande objectivo pessoal a atingir. Como enfermeiro especialista teria de ser capaz de assimilar um conjunto de competências no sentido de me dotar de um conhecimento aprofundado na área específica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria para que fosse capaz de, na minha área de intervenção, adequar as respostas da pessoa doente e família aos problemas específicos relacionados com a doença mental no sentido de evitar o agravamento da situação.

Relativamente ao estágio no PIAC devo enfatizar a intervenção ao nível da prevenção universal e selectiva, onde o planear, organizar e executar intervenções no sentido da Promoção da Saúde permitiu dotar os jovens de consciência crítica e conhecimentos que lhes possibilite a adopção de estilos de vida saudável e mudança de comportamentos.

Saliento a importância deste estágio para o desenvolvimento de competências específicas na área da Saúde Mental e Psiquiatria tais como:

- ✓ Capacidades de intervenção na área específica da Psiquiatria Comunitária, no âmbito da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, indo de encontro às novas directrizes governamentais com articulação dentro das diferentes instituições da Rede de Apoio Social;
- ✓ Capacidade de estabelecer relação terapêutica com utentes e famílias, nos diferentes contextos, utilizando-as no desenvolvimento construtivo do processo terapêutico;
- ✓ Autonomia no processo de desenvolvimento de conhecimentos e competências específicas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, mobilizando e gerindo recursos humanos, técnicos e científicos disponíveis nesta área;
- ✓ Capacidade de trabalho em equipa multidisciplinar, tomando decisões em grupo, utilizando conhecimentos de gestão de conflitos, liderança e factores motivacionais intervindo nas mais diversas necessidades do utente, mobilizando os recursos disponíveis e explorando novas formas de proporcionar capacidade ao utente para superar essas necessidades;
- ✓ Capacidade para avaliar, compreender e intervir em reais necessidades do utente, explorando factores precipitantes e promotores das mesmas, numa visão integral deste integrados numa comunidade com planeamentos de Programas Individuais de Reabilitação, promovendo a autonomia do utente e cuidadores;
- ✓ Competências para planear e efectuar psicoeducação adaptada às capacidades e necessidades dos utentes/cuidadores, em diversos contextos, promovendo a motivação e alteração de comportamentos;
- ✓ Capacidades de prescrição de psicoterapias e técnicas de intervenção da área da Saúde Mental com objectivos terapêuticos, baseadas em diagnósticos de enfermagem detectados, promovendo o processo terapêutico e a estimulação de capacidades do utente;
- ✓ Capacidades para fomentar a evolução de competências de outros profissionais e integrar organização de eventos e estudos científicos, mobilizando conhecimentos e recursos humanos/físicos;
- ✓ Competências para intervir na informação e promoção da Saúde Mental e diminuição do estigma, programando intervenções dirigidas e globais, adaptadas às necessidades de cada contexto (família, utente, comunidade);
- ✓ Conhecimentos de comunicação terapêutica/ assertiva e habilidades para a sua aplicabilidade (avaliação, orientação, apoio, interpretação, exploração e compreensão) adaptada a diversas situações e contextos, com o utente, família e equipa terapêutica;

- ✓ Capacidades de planejar abordagens na área de saúde mental focalizadas na família, integrando os cuidadores como parceiros no planejamento e implementação dos planos de cuidados;
- ✓ Capacidade de interligação de conhecimentos legais, científicos e éticos, mobilizando-os para a prática clínica em ESMP com capacidade de tomada de decisão em situações críticas, fundamentada pela mobilização de conhecimentos na área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria;
- ✓ Domínio de classificações de informação de enfermagem (CIPE), intervenções de ESMP e avaliação de resultados, conhecendo os campos de ação do enfermeiro especialista na equipa de saúde.

O desenvolvimento destas competências implicou a mobilização de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações) para solucionar com eficácia e eficiência as situações que surgiram. Importa salientar que por vezes não chega ter os recursos, é preciso reconhecê-los e aplicá-los na altura certa.

Nos diferentes contextos do estágio encontrei algumas dificuldades ocasionais que constituíram desafios e serviram de incentivo à prossecução dos objectivos.

Neste percurso houve sempre a certeza que a qualidade não é um fim em si mesma, mas sim um caminho. A excelência do exercício profissional não é acidental, exige trabalho e dedicação, num processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento de competências.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCÃO, I. (2006). Supervisão da Prática Pedagógica. Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem. Coimbra. Livraria Almedina.

ALVES, L.J. (2004) – Que modelo assistencial em saúde mental? Nursing. Nº 193 p.26-29

CARMO, H.; FERREIRA, M.M. (1998) Metodologias de Investigação: Guia para Auto-Aprendizagem. Lisboa: Universidade Aberta p.149-167.

COLLIÉRE, M. (1999) - Promover a Vida . Lidel Edições ,Coimbra p.14

HENRIQUES, S.; SOLEDADE, A. (2008). Projecto “Eu e os Outros”, Acedido em 17/11/2010 em <http://www.tu-alinhas.pt>

FRANCO, J.(1999). Orientação de alunos em ensino clínico de enfermagem: problemáticas específicas e perspectivas de actuação. Dissertação de Mestrado em Administração e Planificação da Educação. Universidade Portucalense Infante Dom Henrique. Porto p.18.

GUERRA, I (2000), Fundamentos e Processos de uma Sociologia de Acção - O planeamento em Ciências Sociais, Principia, Cascais.

IGLESIAS, E. B.(2002). Bases Cientificas de la Prevencion de las Drogodependências. Madrid

LAVERACK, G. (2008). Promoção da Saúde: poder e empoderamento. Loures. Lusodidacta.

LAZURE, H. (1994). Viver a relação de Ajuda – abordagem Teórica e Prática de um Critério de Competência da enfermeira. Lisboa, Lusodidacta p.13-15

MEAD, G. H. (1934). Mind self and society do Ponto de vista de um comportamentalista social. Chicago

NEVES, I. (2007). A formação prática e a Supervisão da Formação. Saber (e) Educar

OMS, (2004) - Prevenção dos Transtornos Mentais. Genebra, Disponível em <http://www.who.int>,  
Acedido em 20/05/2010

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). Certificação individual de competências. Revista Ordem dos Enfermeiros. Nº 14. Lisboa

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). Proposta de Regulamento. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental.

PHANEUF, M. (2002). Comunicação, entrevista, relação de Ajuda e validação. Loures. Lusociência. P.321-329.

REDE REFERENCIAÇÃO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL, disponível em <http://www.dgs.pt>, Acedido em 19/05/2010

STEFANELLI, M.; FUKUDA, I.; ARANTES, E. (2008). Enfermagem Psiquiátrica em suas dimensões assistenciais. Brasil. Manole p.93

SEQUEIRA, C. (2006). Introdução à Prática Clínica. Quarteto p.104-107

SIMÕES, F. (2008). Supervisão em Ensino Clínico em Enfermagem: a perspectiva dos enfermeiros cooperantes. Dissertação de Mestrado Enfermagem, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa, Universidade Aveiro. Aveiro p.17-22

SOUSA, A; AUGUSTO, P. (2007). Consumo de Substâncias Psicoactivas e Prevenção em Meio Escolar. 1ª Edição. Ministério da Educação. Lisboa p. 10-15.

WRIGHT, L.; LEAHEY, M. (2009). Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3ª Edição. Roca

ANEXO A  
(Planos de Sessão das Psicoterapias)

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Data:</b> 29.04.2010
<b>População Alvo:</b> Utente internada com diagnóstico de Enfermagem - “Risco de uso de Álcool”
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar história de consumo;</li> <li>▪ Percepcionar a motivação para Abandonar uso do Álcool;</li> </ul>

Actividades/Intervenções:

- Identificação da história do consumo (quantidade ingerida diariamente, tempo de consumo, padrão de consumo, situações sociais facilitadoras do consumo)
- Avaliação da motivação para permitir a mudança.

Avaliação:

Após escuta activa da utente, foi possível perceber que diariamente consumia 3 a 4 porções de álcool e que este comportamento se mantinha há 5 meses. O local de trabalho também propicia o consumo uma vez que a utente trabalha num bar. Neste momento a utente encontra-se em fase da **Contemplação** já que problematiza o padrão de consumo e coloca a possibilidade de transformação contudo ainda encontra vantagens no consumo de álcool (Sequeira, 2006). Nesse sentido foi programa terapia cognitivo-comportamental.

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Tema:</b> Malefícios do Álcool
<b>Data:</b> 04.05.2010
<b>População Alvo:</b> Utente com diagnóstico de Enfermagem – “Uso do Álcool”
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consciencializar sobre os malefícios do uso de álcool nos sistemas e órgãos;</li> <li>▪ Incentivar para elaboração das implicações do consumo de álcool na sua vida social, familiar e relacional.</li> </ul>

Actividades:

- Fornecimento de manancial informativo sobre os malefícios do uso de álcool nos sistemas e órgãos, nomeadamente a nível hepático e do SNC.
- Identificação de uma pessoa significativa para auxílio no abandono do consumo de álcool;
- Elaboração por escrito, das situações do dia-a-dia que promovem o consumo de álcool;
- Elaboração por escrito, das implicações do consumo de bebidas alcoólicas na sua vida social, familiar e relacional

Avaliação: os objectivos foram minimamente atingidos. Foi possível transmitir informação sobre o álcool e os seus malefícios contudo, e considerando algumas limitações cognitivas da paciente a informação assimilada foi mínima. Ainda assim foi possível encontrar uma pessoa significativa para a auxiliar no abandono do consumo bem como identificar situações que proporcionam o consumo. No final a utente conseguiu descrever as implicações do álcool na sua vida.

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Tema:</b> Malefícios do Álcool (2 de 3)
<b>Data:</b> 06.05.2010
<b>População Alvo:</b> Utente com diagnóstico de Enfermagem – “Uso do Álcool”
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consciencializar sobre os malefícios do uso de álcool nos sistemas e órgãos;</li> <li>▪ Incentivar para elaboração das implicações do consumo de álcool na sua vida social, familiar e relacional.</li> </ul>

Actividades:

- Analise das reflexões escritas na sessão anterior;
- Identificação de estratégias alternativas ao consumo de álcool;
- Implicação da pessoa significativa nas estratégias sugeridas para o abandono do álcool.

Avaliação: a utente conseguiu identificar estratégias alternativas ao álcool e foi possível cimentar a informação fornecida na sessão anterior.

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Tema:</b> Malefícios do Álcool (3 de 3)
<b>Data:</b> 10.05.2010
<b>População Alvo:</b> Utente com diagnóstico de Enfermagem – “Uso do Álcool”
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consciencializar sobre os malefícios do uso de álcool nos sistemas e órgãos;</li> <li>▪ Incentivar para elaboração das implicações do consumo de álcool na sua vida social, familiar e relacional.</li> </ul>

Actividades:

- Verbalização por parte da utente, das estratégias a implementar ao consumo de álcool;
- Verbalização por parte da utente, das implicações a implementar, nas situações em que o risco de recaída é elevado.
- Planeamento de actividade a realizar ao longo do dia, nas quais se inclui o consumo de álcool.

Avaliação: a utente conseguiu identificar estratégias alternativas ao álcool e conseguiu preencher o dia com actividade onde não foi incluído o álcool.

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Tema:</b> Relação de Ajuda (1 de 2)
<b>Data:</b> 11.05.2010
<b>População Alvo:</b> Utente internada com diagnóstico de Enfermagem – “Coping Ineficaz”
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identificar situações/emoções stressantes;</li> <li>▪ Ajudar a utente a identificar/trabalhar mecanismos de Coping eficaz</li> </ul>

**Procedimentos:**

- Solicitar que a utente escreva numa folha de papel situações que desencadeiem stress;
- Associar a cada situação causadora de stress os sentimentos despoletados;
- Solicitar que fizesse uma análise desses mesmos sentimentos e se foram os mais ajustados para a situação em causa.
- Solicitar que descreva os sentimentos que as mesmas situações desencadeiem actualmente.

**Avaliação:** no final da sessão a utente mostrou-se aliviada por ter falado sobre algumas questões que lhe causam stress e referiu utilidade nesta terapia uma vez que permitiu reflectir sobre a forma como reage às adversidades.

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Tema:</b> Relação de Ajuda (2 de 2)
<b>Data:</b> 12.05.2010
<b>População Alvo:</b> Utente internada com diagnóstico de Enfermagem – “Coping Ineficaz”
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ajudar a utente a identificar mecanismos de Coping eficazes</li> </ul>

Procedimentos:

- Leitura, análise e discussão das situações desencadeantes de stress identificadas na sessão anterior;
- Discussão com a utente das estratégias utilizadas para lidar com as situações;
- Discussão das consequências que advieram da reacção que demonstrou nessas situações.

Avaliação: mais uma vez o feedback foi positivo...”se pensar antecipadamente em estratégias para lidar com o stress será mais fácil lidar com elas”

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Data:</b> 25.05.2010
<b>População Alvo:</b> Utente internado com diagnóstico de Enfermagem – “Vontade de Viver Diminuída”
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Validar diagnóstico de Enfermagem;</li> <li>▪ Promover expressão de sentimentos</li> </ul>

Actividades:

Foi planeada e realizada terapia de grupo utilizando a técnica “ Gráfico da minha vida”. Nesta terapia as utentes tinham que descrever os acontecimentos mais significativos das suas vidas antes do internamento e os sentimentos associados a esses acontecimentos. Foi também pedido que descrevessem os projecto futuros.

Avaliação:

Foi possível observar que ambas as utentes tem projectos futuros, e dessa forma foi dado termo ao diagnóstico de enfermagem – vontade de viver diminuída.

Tendo em consideração as declarações das utentes no final da terapia, o objectivo foi atingido...”ainda bem que tive oportunidade de falar sobre os sentimentos associados aos acontecimento de vida, independentemente de serem positivos ou não...acabei de perceber que as coisa que me passavam pela cabeça não faziam sentido nenhum...tenho as minhas filhas para cuidar” “sic”.

“gostei bastante deste momento, contudo acho que preciso de mais momentos destes”.

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Tema:</b> Relaxamento Progressivo de Jacobson
<b>Data:</b> 31.05.2010
<b>População Alvo:</b> Utentes internados com diagnóstico de Enfermagem – “Ansiedade”.
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reduzir ansiedade;</li> <li>▪ Reduzir a tensão muscular.</li> </ul>

Actividades:

Foi colocada música de fundo para criar ambiente calmo e descontraído e foi seguido o guião que se encontra em seguida descrito.

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

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

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

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

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

(Repita os mesmos movimentos com o braço direito)

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.

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.

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

(Repita os mesmos movimentos para a perna direita)

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.

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.

Franza a testa e os olhos e cerre os dentes. Aperte, preste atenção nessa sensação. Agora, solte, relaxe, sinta o rosto pesado, mantendo os olhos fechados. Memorize as duas sensações. Repita o movimento.

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

### **Avaliação da sessão:**

Foi perceptível a diminuição da ansiedade no utente que tinha este diagnóstico de enfermagem. O utente referiu “não me sinto tão tenso”...“sic”...”até a minha respiração está mais calma”...”sic”.

A utente com tensão muscular referiu “ senti-me muito bem e estou mais relaxada”...”sic”.

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Tema:</b> Relaxamento Progressivo de Jacobson
<b>Data:</b> 01.06.2010
<b>População Alvo:</b> Utentes internados com determinados focos de Enfermagem
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Diminuir a agitação (por inquietação);</li> <li>▪ Diminuir a dor por cefaleias;</li> <li>▪ Evitar insónia inicial</li> </ul>

#### Actividades:

Foi colocada música de fundo para criar ambiente calmo e descontraído e foi seguido o guião que se encontra em seguida descrito.

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

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

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

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

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

(Repita os mesmos movimentos com o braço direito)

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.

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.

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

(Repita os mesmos movimentos para a perna direita)

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.

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.

Franza a testa e os olhos e cerre os dentes. Aperte, preste atenção nessa sensação. Agora, solte, relaxe, sinta o rosto pesado, mantendo os olhos fechados. Memorize as duas sensações. Repita o movimento.

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

### **Avaliação da sessão:**

Todos os utentes com os diagnósticos supra citados, com maior ou menor disponibilidade participaram na terapia. Nos que apresentavam inquietação foi possível perceber que ficaram mais relaxados e calmos. Aqueles que apresentavam insónia foi transmitido ao colega da noite para avaliar a efectividade da terapia.



<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Data:</b> 02.06.2010
<b>População Alvo:</b> Utente internada com diagnóstico de Enfermagem – “Orientação comprometida em grau elevado”; “Orientação espacial comprometida em grau elevado”
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientar utente no tempo e no espaço</li> </ul>

Actividades:

No sentido de promover a orientação temporal e espacial da utente B. foram realizadas intervenções de enfermagem, que passo a descrever.

- Promover o relacionamento interpessoal – foram recordadas algumas notícias de há um ano, de um mês, da semana passada e do dia de hoje, através de revistas e jornais com o intuito de a reorientar através de recordações; foram colocados objectos pessoais num local visível e não foram retirados até dia da alta
- Promover orientação/instruir sobre orientação – a utente foi chamada pelo nome durante toda a sessão; houve a tentativa de envolver a utente na estação do ano; e foi colocada à frente do espelho afim de reconhecer aquela figura como sendo dela.

Avaliação: foi notória a grande dificuldade em recordar as notícias mais significativas de há um ano, percebia-se que parte da notícia tinha ficado apreendida contudo não sabia precisar onde tinha sido e quem participava nelas.

Quando a utente foi colocada à frente do espelho e lhe foi perguntado quem era, a utente respondeu que era ela.

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Tema:</b> Relaxamento Progressivo de Jacobson
<b>Data:</b> 07.06.2010
<b>População Alvo:</b> Utente internado com diagnóstico de Enfermagem – “Lombalgias”
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reduzir dor por Lombalgias</li> </ul>

Actividades:

Foi colocada música de fundo para criar ambiente calmo e descontraído e foi seguido o guião que se encontra em seguida descrito.

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

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

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

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

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

(Repita os mesmos movimentos com o braço direito)

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.

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.

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

(Repita os mesmos movimentos para a perna direita)

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.

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.

Franza a testa e os olhos e cerre os dentes. Aperte, preste atenção nessa sensação. Agora, solte, relaxe, sinta o rosto pesado, mantendo os olhos fechados. Memorize as duas sensações. Repita o movimento.

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

**Avaliação da sessão:**

O objectivo parece ter sido atingido uma vez que a avaliação do utente foi bastante positiva “a dor de costas parece ter desaparecido, espero que seja por algum tempo”...”sic”.

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Data:</b> 08.06.2010
<b>População Alvo:</b> Utente internado com diagnóstico de Enfermagem – pensamento alterado por delírio auto-referecial.
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar pensamento</li> </ul>

Actividades:

Com o objectivo de avaliar pensamento foi planeada e realizada terapia individual utilizando a técnica “História a continua – como me vejo”.

Foi solicitado ao utente que escrevesse numa folha previamente fornecida a forma como se vê.

Avaliação:

O utente aceitou prontamente a terapia e foi possível perceber a alteração da percepção e por esse motivo foi mantido o diagnóstico identificado na avaliação inicial.

<b>Plano de Sessão</b>
<b>Instituição:</b> H.M.Lemos
<b>Data:</b> 24.06.2010
<b>População Alvo:</b> Utente internado com diagnóstico de Enfermagem – “Hipoactividade”
<b>Duração:</b> 45 min
<b>Objectivo Geral:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Diminuir Hipoactividade</li></ul>

Actividades:

Foi solicitado à utente que repetisse os movimentos do terapeuta e em seguida foi proposto que fosse a utente a realizar os movimentos e dessa forma dirigisse a sessão. A utente mostrou-se disponível para a sessão e para as solicitações.

A utente revelou ter-se sentido bem durante a terapia e que evitou estar esse tempo no sofá a dormir” desta forma permaneço activa enquanto estou no internamento” “sic”

ANEXO B  
(Indicadores NOC Aplicados)

## Indicadores NOC - Auto-Controlo Impulso

Nome: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

<b>Auto-controlo Suídio</b>	<b>Nunca Demonstra</b>	<b>Raramente Demonstra</b>	<b>Demonstra Algumas Vezes</b>	<b>Demonstra Muitas Vezes</b>	<b>Demonstra Sempre</b>
<b>Definição</b> – Capacidade de auto-restringir comportamentos compulsivos ou impulsivos.					
<b>Indicadores:</b>					
Identifica comportamentos impulsivos prejudiciais	1	2	3	4	5
Identifica sentimentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica comportamentos que conduzem a acções impulsivas	1	2	3	4	5
Identifica consequências das acções impulsivas para o próprio e para os outros	1	2	3	4	5
Reconhece os riscos do meio envolvente.	1	2	3	4	5
Evita meios e situações de alto risco	1	2	3	4	5
Verbaliza controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Procura ajuda enquanto experiencia os impulsos	1	2	3	4	5
Identifica os sistemas de suporte social	1	2	3	4	5
Aceita referências para o tratamento	1	2	3	4	5
Efectua contrato para controlo do comportamento	1	2	3	4	5
Mantém auto-controlo sem supervisão	1	2	3	4	5
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

<b>Avaliação</b>	<b>Data</b>	<b>Enfermeiro</b>

## Indicadores NOC - Auto-controlo: Suicídio

Nome: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

<b>Auto-controlo Suicido</b>	<b>Nunca Demonstra</b>	<b>Raramente Demonstra</b>	<b>Demonstra Algumas Vezes</b>	<b>Demonstra Muitas Vezes</b>	<b>Demonstra Sempre</b>
<b>Indicadores:</b>					
Expressa sentimentos	1	2	3	4	5
Mantém contactos de relacionamentos	1	2	3	4	5
Procura ajuda quando sente autodestruição	1	2	3	4	5
Verbaliza ideação suicida	1	2	3	4	5
Verbaliza controlar o impulso	1	2	3	4	5
Abstém-se da acumulação de significados suicidas	1	2	3	4	5
Não esquece obsessões	1	2	3	4	5
Não requiere tratamento para as acções e tentativas suicidas	1	2	3	4	5
Abstém-se de usar substâncias para alteração de humor	1	2	3	4	5
Revela plano suicida	1	2	3	4	5
Levanta contracto suicídio	1	2	3	4	5
Mantém auto-controlo sem supervisão	1	2	3	4	5
Não tenta suicídio	1	2	3	4	5
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

<b>Avaliação</b>	<b>Data</b>	<b>Enfermeiro</b>

## Indicadores NOC – Auto – Estima

Nome: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Auto-Estima	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
<b>Definição</b> – Juízo pessoal de valorização própria.					
<b>Indicadores:</b>					
Verbalização de auto-aceitação	1	2	3	4	5
Aceitação de auto-limitações	1	2	3	4	5
Mantém contacto ocular	1	2	3	4	5
Mantém postura direita	1	2	3	4	5
Auto-descrição	1	2	3	4	5
Preocupação pelos outros	1	2	3	4	5
Comunicação aberta	1	2	3	4	5
Realização pessoal de papéis significativos	1	2	3	4	5
Manutenção do auto-cuidado	1	2	3	4	5
Balço da participação da escuta em grupos	1	2	3	4	5
Nível de confiança	1	2	3	4	5
Aceitação por parte dos outros	1	2	3	4	5
Expectativas de resposta pelos outros	1	2	3	4	5
Aceitação de críticas construtivas	1	2	3	4	5
Vontade de confrontar outros	1	2	3	4	5
Descrição de sucesso no trabalho ou escola	1	2	3	4	5
Descrição de sucesso em grupos sociais	1	2	3	4	5
Descrição de orgulho próprio	1	2	3	4	5
Sentimentos de auto- valorização	1	2	3	4	5
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro


## Indicador NOC – Controle da Agressão

Nome: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

<b>CONTROLO DA AGRESSÃO</b>	Nunca Demonstrado	Raramente Demonstrado	Demonstrado Algumas Vezes	Demonstrado Frequente/	Sempre Demonstrado
Definição - Capacidade de restringir comportamento abusivo, combativo ou destrutivo em relação aos outros. INDICADORES:					
Referência a agressão verbal	1	2	3	4	5
Referência de violação do espaço pessoal dos outros	1	2	3	4	5
Referência de agressão física a outros	1	2	3	4	5
Referência de magoar os outros	1	2	3	4	5
Referência de magoar animais	1	2	3	4	5
Referência de destruição de propriedades	1	2	3	4	5
Comunicação de necessidades apropriadamente	1	2	3	4	5
Comunicação de sentimentos apropriadamente	1	2	3	4	5
Verbalização de controlo de impulsos	1	2	3	4	5
Identificação de raiva	1	2	3	4	5
Identificação de frustração	1	2	3	4	5
Identificação de situações geradores de hostilidade	1	2	3	4	5
Identificação de responsabilidade em manter controlo	1	2	3	4	5

Identificação de momentos em que se sente agressivo	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão	1	2	3	4	5
Identificação de alternativas à agressão verbal	1	2	3	4	5
Expressão sentimentos negativos apropriadamente	1	2	3	4	5
Negoceia comportamentos de autocontrolo: agressão	1	2	3	4	5
Mantém autocontrolo sem supervisão	1	2	3	4	5
Outros _____ (especificar)	1	2	3	4	5

<b>Avaliação</b>	<b>Data</b>	<b>Enfermeiro</b>

## Indicadores NOC – Controlo do Risco de Uso de Drogas

Nome: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Controlo do Risco de Uso de Drogas	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
<b>Definição</b> – Acções para eliminar ou reduzir o uso de drogas, que causam ameaça à saúde.					
<b>Indicadores:</b>					
Reconhece o risco do abuso de drogas	1	2	3	4	5
Reconhece as consequências associadas ao abuso de drogas	1	2	3	4	5
Gere o ambiente de forma a	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro

## Indicador NOC – Coping

Nome: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

<b>Coping</b>	<b>Nunca Demonstrada</b>	<b>Raramente Demonstrada</b>	<b>Demonstrada Algumas vezes</b>	<b>Demonstrada Muitas Vezes</b>	<b>Demonstrada Sempre</b>
Definição - Acções para gerir agentes stressores que ultrapassam os recursos do indivíduo INDICADORES:					
Identifica modelos eficazes de Coping	1	2	3	4	5
Identifica modelos ineficazes de Coping	1	2	3	4	5
Verbaliza sentido de controlo	1	2	3	4	5
Descreve diminuição de stress	1	2	3	4	5
Verbaliza aceitar a situação	1	2	3	4	5
Procura informação sobre a doença e o tratamento	1	2	3	4	5
Modifica o estilo de vida, consoante a necessidade	1	2	3	4	5
Adapta-se às alterações do desenvolvimento	1	2	3	4	5
Utiliza suporte social eficaz	1	2	3	4	5
Aplica comportamentos que reduzam o stress	1	2	3	4	5
Identifica múltiplas estratégias de coping	1	2	3	4	5
Utiliza estratégias de coping eficazes	1	2	3	4	5
Evita indevidamente situações de stress	1	2	3	4	5
Verbaliza necessidade de assistência	1	2	3	4	5
Procura ajuda profissional apropriadamente	1	2	3	4	5
Descreve diminuição dos sintomas negativos do stress	1	2	3	4	5

---

Descreve diminuição se sentimentos negativos	1	2	3	4	5
Descreve aumento de conforto psicológico	1	2	3	4	5
Outro _____ — (especificar)	1	2	3	4	5

<b>Avaliação</b>	<b>Data</b>	<b>Enfermeiro</b>

## Indicadores NOC – Vontade de Viver

Nome: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_

Vontade de Viver	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
<b>Indicadores:</b>					
Expressão de vontade de viver	1	2	3	4	5
Expressão de esperança	1	2	3	4	5
Expressão de optimismo	1	2	3	4	5
Expressão de capacidades de controlo	1	2	3	4	5
Expressão de sentimentos	1	2	3	4	5
Questiona sobre o tratamento da própria doença	1	2	3	4	5
Procura informação sobre o tratamento da própria doença	1	2	3	4	5
Usa estratégias para compensar problemas associados à doença	1	2	3	4	5
Uso de estratégias para melhorar a saúde	1	2	3	4	5
Uso de estratégias para prolongar a vida	1	2	3	4	5
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro

---

ANEXO C  
(Planos de Sessão - PIAC)

<b>Plano de Sessão I</b>				
<b>Instituição:</b> PIAC				
<b>Tema:</b> Apresentação				
<b>Data:</b> 27.10.2010				
<b>População Alvo:</b> Jovens Abstinentes				
<b>Duração:</b> 60 min.				
<b>Objectivo Geral:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apresentar os membros do grupo e promover a sua interacção</li> </ul>				
<b>Objectivos Específicos:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Definir normas de funcionamento do grupo</li> <li>▪ Calendarizar sessões</li> <li>▪ Implicar os jovens no processo de desenvolvimento do projecto</li> </ul>				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didácticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação dos técnicos e do projecto	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Entrevista aos pares e apresentação ao grupo	Expositivo/Interactivo	Folhas de papel Canetas	20 min.
<b>Conclusão</b>	Síntese da sessão, Esclarecimento e discussão.	Expositivo/Interactivo		20 min.
<b>Avaliação</b>	Ouvir as expectativas dos elementos do grupo			10 min.

<b>Plano de Sessão II</b>				
<b>Instituição:</b> PIAC				
<b>Tema:</b> Situações Problemáticas				
<b>Data:</b> 03.11.2010				
<b>População Alvo:</b> Jovens Abstinentes				
<b>Duração:</b> 60 min.				
<b>Objectivo Geral:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Partilhar vivências problemáticas</li> </ul>				
<b>Objectivos Específicos:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abordar expectativas desenvolvidas relativamente aos problemas.</li> <li>▪ Aumentar a capacidade para lidar com situações de conflito/stress.</li> <li>▪ Fomentar a procura de alternativas</li> </ul>				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Síntese da sessão anterior; Apresentação da 2ª sessão.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Preenchimento da folha fornecida.  Exposição das situações	Expositivo/Interactivo	Folhas de papel  Canetas	30 min.
<b>Conclusão</b>	Síntese da sessão.	Expositivo/Interactivo		10 min.
<b>Avaliação</b>	Avaliar a receptividade dos jovens para as diferentes alternativas apresentadas. Avaliar ganhos com a sessão			10 min.

<b>Plano de Sessão III</b>				
<b>Instituição:</b> PIAC				
<b>Tema:</b> Valores Pessoais				
<b>Data:</b> 10.11.2010				
<b>População Alvo:</b> Jovens Abstinentes				
<b>Duração:</b> 60 min.				
<b>Objectivo Geral:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Colocar o adolescente em contacto com os seus valores.</li> </ul>				
<b>Objectivos Específicos:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reflectir sobre os valores que cada jovem considera mais importante na sua vida.</li> <li>▪ Consciencializar os jovens para a diferenciação e individualidade de cada um.</li> </ul>				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didácticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Síntese da sessão anterior; Apresentação da 3ª sessão.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Preenchimento da folha fornecida.  Exposição do trabalho realizado	Expositivo/Interactivo	Folhas de papel  Canetas	30 min.
<b>Conclusão</b>	Síntese da sessão.	Expositivo/Interactivo		10 min.
<b>Avaliação</b>	Reflexão dos jovens sobre os valores que o norteiam bem como a diferenciação e individualidade de cada individuo.			10 min.

<b>Plano de Sessão IV</b>				
<b>Instituição:</b> PIAC				
<b>Tema:</b> Assertividade				
<b>Data:</b> 17.11.2010				
<b>População Alvo:</b> Jovens Abstinentes				
<b>Duração:</b> 60 min.				
<b>Objectivo Geral:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fomentar aquisição de competências relacionadas com a assertividade</li> </ul>				
<b>Objectivos Específicos:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Favorecer o desenvolvimento do auto-controlo.</li> <li>▪ Optimizar as potencialidades individuais.</li> <li>▪ Favorecer a compreensão das consequências da tomada de decisões</li> <li>▪ Ensinar o significado de comportamentos assertivos</li> </ul>				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didácticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Síntese da sessão anterior; Apresentação da 4ª sessão.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Role-play das propostas sugeridas pelo grupo	Interactivo		30 min.
<b>Conclusão</b>	Síntese da sessão.	Expositivo/Interactivo		10 min.
<b>Avaliação</b>	Consciencializar para a tomada de decisões assertiva e para compreensão das consequências da tomada de decisões.			10 min.

<b>Plano de Sessão V</b>				
<b>Instituição:</b> PIAC				
<b>Tema:</b> Assertividade (continuação)				
<b>Data:</b> 24.11.2010				
<b>População Alvo:</b> Jovens Abstinentes				
<b>Duração:</b> 60 min.				
<b>Objectivo Geral:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Favorecer a compreensão das consequências da tomada de decisões</li> </ul>				
<b>Objectivos Específicos:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Potenciar as competências comunicacionais</li> <li>▪ Fomentar debate sobre a tomada decisão</li> </ul>				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Síntese da sessão anterior; Apresentação da 5ª sessão.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Projecto da 4ª História do projecto “Eu e os Outros”	Expositivo/Interactivo	Data show	30 min.
<b>Conclusão</b>	Síntese da sessão.	Expositivo/Interactivo		10 min.
<b>Avaliação</b>	Consciencializar para a tomada de decisões assertiva e para compreensão das consequências da tomada de decisões.			10 min.

---

ANEXO D  
(Planos de Sessão das Formações)

<b>Plano de Sessão</b>				
<b>Instituição:</b> Escola Básica de Choucelas				
<b>Tema:</b> Promoção de competências assertivas				
<b>Data:</b> 24.11.2010				
<b>População Alvo:</b> Alunos do 3º ano				
<b>Duração:</b> 90 min.				
<b>Objectivo Geral:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dotar os alunos de conhecimento sobre substâncias nocivas</li> </ul>				
<b>Objectivos Específicos:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consciencializar os jovens dos malefícios das substâncias apresentadas</li> <li>▪ Criar Slogan sobre as substâncias apresentadas.</li> <li>▪ Promover o debate</li> </ul>				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação dos formadores e da sessão	Expositivo		5 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Apresentação da Formação	Expositivo/Interactivo	Data Show	25 min.
	Dinâmica de grupo	Interactivo	Cartolinas, cola e canetas	35 min.
<b>Conclusão</b>	Síntese da sessão.	Expositivo/Interactivo		15 min.
<b>Avaliação</b>				10 min.

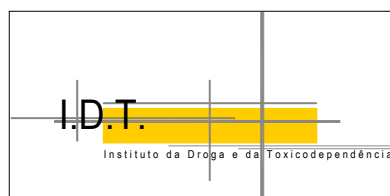
<b>Plano de Sessão</b>				
<b>Instituição:</b> PIAC				
<b>Tema:</b> Substâncias Psicoactivas e seus efeitos				
<b>Data:</b> 25.11.2010				
<b>População Alvo:</b> Técnicos do Lar Nossa Senhora do Acolhimento				
<b>Duração:</b> 120 min.				
<b>Objectivo Geral:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dotar os técnicos de conhecimento sobre substâncias psicoactivas e seus efeitos.</li> </ul>				
<b>Objectivos Específicos:</b>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪</li> </ul>				
<b>Fases</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos Pedagógicos</b>	<b>Recursos Didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação do formador e formandos.	Expositivo		10 min.
<b>Desenvolvimento</b>	Dinâmica de grupo.	Expositivo/Interactivo	Papel Canetas	20 min.
	Apresentação ao grupo do trabalho realizado	Expositivo/Interactivo		20 min.
	Apresentação da Formação	Expositivo/Interactivo	Data Show	50 min.
<b>Conclusão</b>	Síntese da sessão.	Expositivo/Interactivo		10 min.
<b>Avaliação</b>	Feedback dos formandos sobre a formação e a sua aplicação.			10 min.

---

ANEXO E  
(Diapositivos das Formações)

---

# “DROGAS E SEUS EFEITOS”



## **Drogas e seus efeitos**

### **Droga**

*“todas as substâncias naturais ou sintéticas, cuja acção exercida no sistema nervoso modifica a consciência e o comportamento daqueles que as tomam”.*

**HOLMES (1997)**

---

## Droga psicoactiva

*“qualquer substância que altere o seu ‘humor’ (o torna triste, eufórico, deprimido), altera a sua ‘percepção do ambiente externo’ (tempo, localização, condições), ou altera a sua ‘percepção do ambiente interno’ (sonhos, imagens)”.*

*Thidom*

## Droga psicoactiva

Cannabis, cocaína, heroína e LSD são todas substâncias psicoactivas, mas o mesmo ocorre com o açúcar, a cafeína, a nicotina e o álcool.

---

## Início dos consumos

- ❖ curiosidade
- ❖ influência de amigos
- ❖ coragem/desinibição
- ❖ busca por sensações de prazer
- ❖ dificuldade em enfrentar situações
- ❖ rituais
- ❖ dependência

## Drogas

### Tipos de consumidores:

- Habitual ou "funcional": faz uso frequente de drogas. Nas suas relações já se observam sinais de ruptura. Mesmo assim, ainda "funciona" socialmente, embora de forma precária e correndo riscos de dependência.
- Dependente ou "disfuncional" (toxicodependente, farmacodependente): vive pela droga e para a droga, quase que exclusivamente. Como consequência, rompe os seus vínculos sociais, o que provoca isolamento e marginalização, acompanhados eventualmente de decadência física e moral.

---

## **Drogas**

- **Estimulantes**
- **Alucinogénicas**
- **Depresoras**

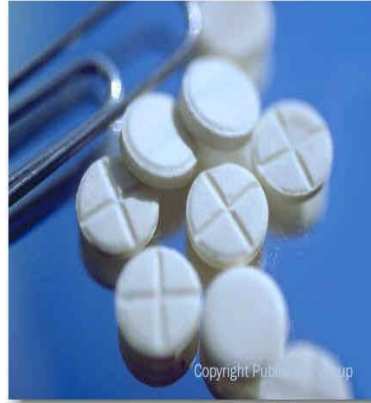
## **Drogas Estimulantes**

- **Anfetaminas (Speeds)**
- **Ecstasy**
- **Cocaína**

---

## **ANFETAMINAS**

**Anfes, Speeds,  
Speed cristal**



## **Apresentação**

**Podem apresentar-se das seguintes formas:**

- **Cápsulas;**
- **Comprimidos;**
- **Pó.**

---

## **Efeitos**

- **Estimulantes do sistema nervoso central**
- **Sensação de euforia, manifestada por excitação nervosa e aumento do grau de confiança e auto-satisfação.**
- **Capacidade de incrementação do nível de atenção e de concentração em determinadas tarefas.**

## **Efeitos**

- **Algumas têm efeitos anorexígenos (frequentemente utilizados para dietas de emagrecimento)**

## Efeitos Secundários

- Desidratação
- Maxilares tensos
- Nervosismo
- Agitação
- Variações de humor (irritabilidade)
- A utilização prolongada pode provocar distúrbios alimentares e psicológicos

**ECSTASY**  
**XTC, MDMA,**  
**Pastilhas**



---

## **Efeitos**

- **Estimulantes e psicadélicos**
- **Os efeitos sentem-se cerca de 20 a 30 minutos após o consumo e duram mais ou menos 6 horas**
- **Podem desencadear sentimentos de empatia e vontade de comunicar com os outros (Loved up)**

## **Efeitos Secundários**

- **Desidratação**
- **Aumento da temperatura corporal**
- **Ataques de pânico**
- **Desorientação**
- **O uso prolongado pode provocar depressões, ansiedade e estados paranóides**

---

# **COCAÍNA**

**Coca, Branca,  
Gulosa, Neve,  
Base**



## **Apresentação**

- Trata-se de um pó cristalino, branco, cintilante, de sabor amargo.
- Se se tratar de crack pode ser encontrado em forma de pedras de cor branco sujo.

---

## **Efeitos**

- Estimulante do sistema nervoso central
- Efeitos psicoestimulantes
- Tem uma acção rápida e de curta duração
- Quando fumada e injectada dá uma sensação de grande bem estar (Flash)
- Atenua o cansaço, a fome e a sede
- Proporciona uma sensação de força

## **Efeitos Secundários**

- Maxilares tensos
- Nervosismo
- Agitação
- Insónias
- Variações de humor (irritabilidade)
- Forte dependência psicológica
- Em doses elevadas pode provocar alucinações e desencadear surtos psicóticos

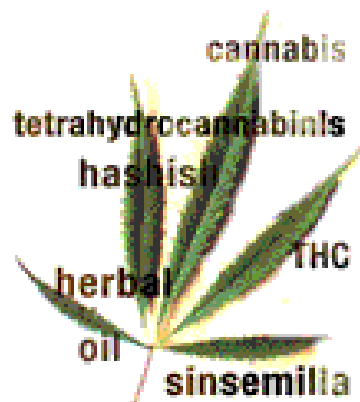
---

## Drogas Psicadélicas

- Cannabis
- Ácido Lisérgico (LSD)

## Cannabis

Haxixe, chamon,  
liamba, marijuana,  
xito, erva, ganza,  
bilan



---

## **Efeitos**

- **É uma droga psicadélica suave**
- **Tem efeitos relaxantes e sociais, é uma droga de recreio que realça cores e sons**
- **Tem propriedades estimulantes do apetite**
- **Quanto maior é a quantidade de THC (tetrahydrocannabinol) mais alucinogénio é o efeito**

## **Efeitos Secundários**

- **Sensações de paranóia e ansiedade**
- **Lidar com situações imprevistas é complicado**
- **Com o uso regular podem surgir as “brancas” descritas como: dores de cabeça, tonturas, náuseas e falta de memória**
- **Provoca, a longo prazo e com consumos regulares o síndrome amotivacional**

---

## **LSD**

**Ácidos, trips,  
cartoons**



## **Apresentação**

- **O LSD pode apresentar-se sob diferentes formas:**
  - **Barras;**
  - **Cápsulas;**
  - **Micropontos.**

---

## **Efeitos**

- **É extremamente potente e o seu efeito pode durar 12 horas**
- **Actua ao nível das sensações provocando uma variedade de experiências bastante intensas, incluindo alucinações auditivas e visuais**
- **Perda do controlo emocional**
- **Estados de pânico**

## **Efeitos Secundários**

- **O grande risco do LSD é alterar a forma de perceber a realidade. Alguns consumidores nunca mais conseguem lidar com a realidade desencadeando, inclusive, surtos psicóticos graves**
- **Flash Back, alguns consumidores tem alucinações muito tempo após o consumo**

---

## Drogas Depressoras

- **Álcool**
- **Heroína**
- **Benzodiazepinas**



**Álcool**

---

## **Efeitos**

- **É um desinibidor e depressor do sistema nervoso central**
- **Numa primeira fase dá uma grande euforia seguida, no entanto, de um período de grande depressão**
- **Descoordenação motora e desorientação**
- **Sonolência e apatia**

## **Efeitos Secundários**

- **Provoca uma forte ressaca, dores de cabeça, náuseas, enjoo, depressão e má disposição**
- **O consumo regular pode dar lugar a um consumo compulsivo o qual leva rapidamente à dependência**
- **O excesso de álcool pode levar ao coma e conseqüentemente à morte**

---

# **Heroína**

**Heroa, cavalo,  
castanha, chinesa, pó**



## **Efeitos**

- **Depressor do Sistema Nervoso Central**
- **É vendida sob a forma de um pó castanho e os seus efeitos duram 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, pingos no nariz, arrepios, suores e insónias
- A dependência da heroína pode levar anos a ultrapassar

## Benzodiazepinas



---

## **Efeitos**

- **Tem um efeito depressor do sistema Nervoso Central, são muitas vezes associados ao consumo de álcool.**
- **São também utilizados como paliativos para o síndrome de abstinência da heroína.**
- **Provocam forte dependência física.**
- **ex.: Rhoiphnol, Serenal, Castillium, Xanax, entre outros.**

**OBRIGADO**

---

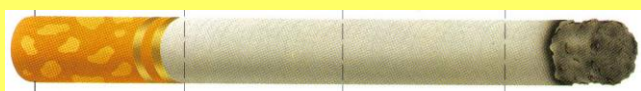
# “PREVENÇÃO DO TABAGISMO”

## PREVENÇÃO DO TABAGISMO



**VIDA SEM FUMO!!!**

## O QUE É O CIGARRO?



## O QUE É O CIGARRO?

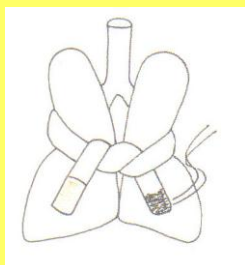


**O CIGARRO É MAU!!!!**

## O QUE ACONTECE SE EU FUMAR?



*O coração fica doente...*



*Os pulmões ficam apertados...*

## O QUE ACONTECE SE EU FUMAR?

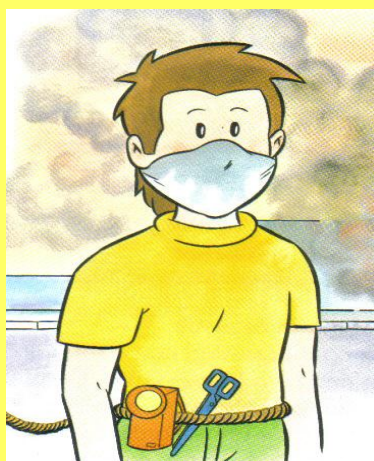


*Ficamos com tosse...*



*Ficamos com o nosso corpo cheio de bichinhos maus...*

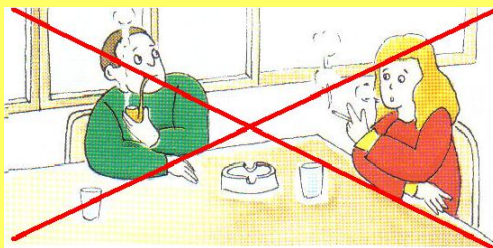
## COMO FUGIMOS DO FUMO DO CIGARRO?



## COMO FUGIMOS DO FUMO DO CIGARRO?

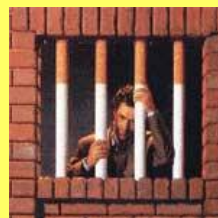


*Pedimos a mamã e ao papa para não fumarem perto de nós!!!*

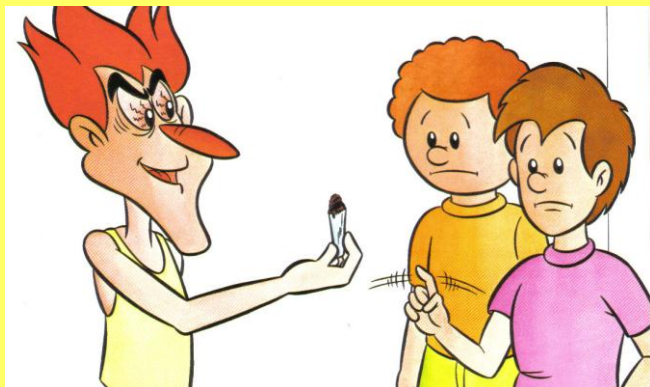


## COMO FUGIMOS DO FUMO DO CIGARRO?

*Avisamos a todos que o cigarro faz muito mal à saúde... É que pode até matar!!!*



**POR ISSO...**



NÃO QUERO...

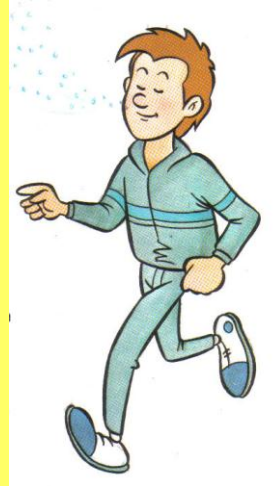
Eu não fumo!!!!

*Nunca vou fumar!!!!!!*

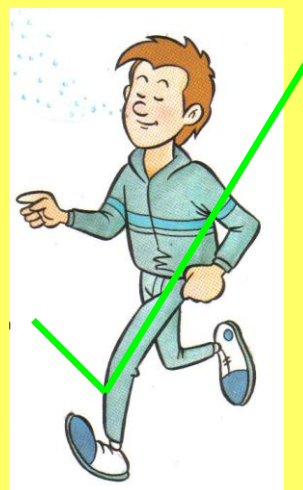
**VAMOS BRINCAR...**

**JOGO DO CERTO OU ERRADO!**

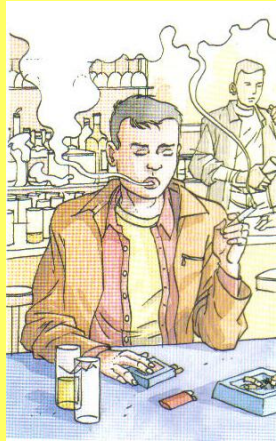
**JOGO DO CERTO OU ERRADO!**



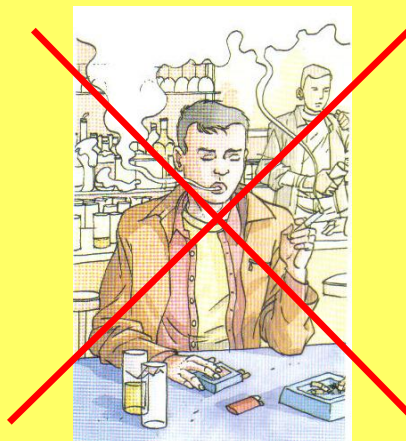
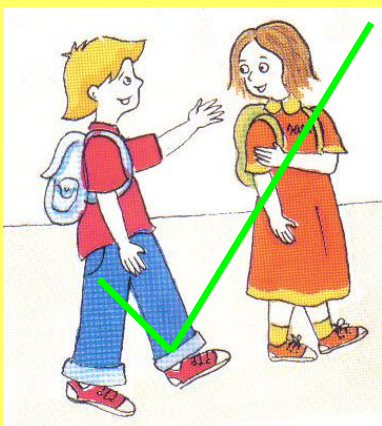
**JOGO DO CERTO OU ERRADO!**



## JOGO DO CERTO OU ERRADO!



## JOGO DO CERTO OU ERRADO!



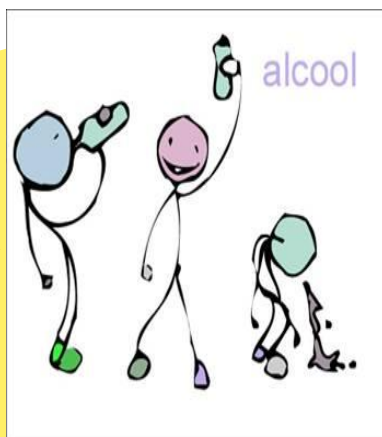
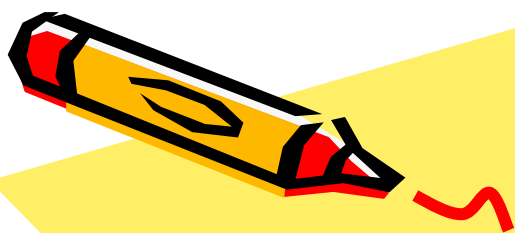
---

**OBRIGADA PELA VOSSA  
ATENÇÃO!!!!**

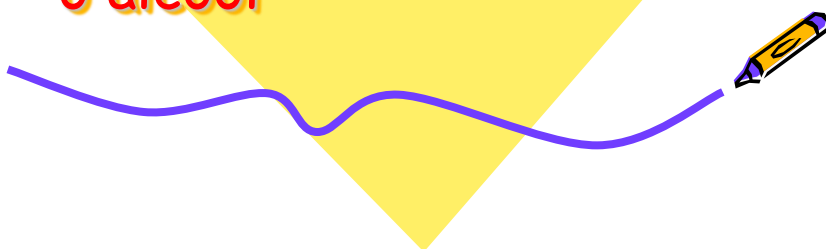


---

# “O RUIZINHO E O ÁLCOOL

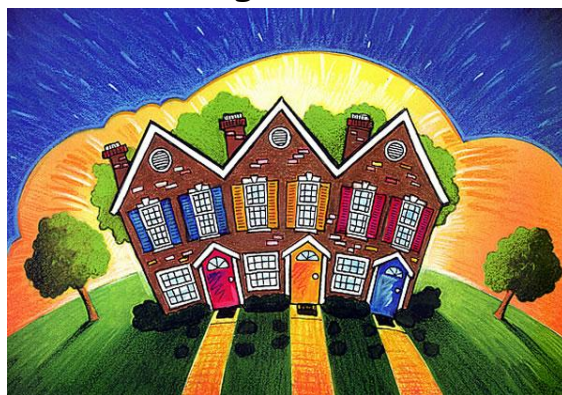


## O Ruizinho e o álcool



Era uma vez...

um menino que vivia com os pais e com a avó numa casa grande e com jardim...



---

Este menino chamava-se Ruizinho e tinha 5 anos... Fazia todas as refeições com os pais, e eles bebiam sempre vinho para acompanhar a comida...



Um dia... o ruizinho decide pedir ao pai para o deixar beber também, este deu-lhe um bocado, pensando que não lhe fazia mal.



---

Mas... o menino gostou tanto do sabor do vinho, que decidiu começar a beber às escondidas... sempre que o pai virava as costas lá ia ele dar um golo na garrafa!



O ruizinho era muito brincalhão, estava sempre a brincar, tinha muitos amigos, todas as pessoas o adoravam na escola...



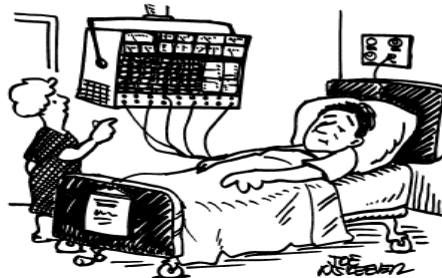


Passado algum tempo... ele começou a ter comportamentos esquisitos. Estava sempre a bater em todos, o que fez com que todos os seus amigos se afastassem dele...



Ele realmente ficou sozinho, não tinha com quem brincar... e ninguém sabia porquê!!! Até que um dia, ele ficou muito doente e teve de ir para o hospital...

"OH LOOK... THIS ONE MONITORS THE HOSPITAL'S COMPLIANCE WITH THE BAPTIST FAITH AND MESSAGE."





Aí, todos ficaram a saber de quem era a culpa daqueles comportamentos... a culpa era do **ÁLCOOL** que ele bebia às escondidas!!!



## E PORQUÊ?

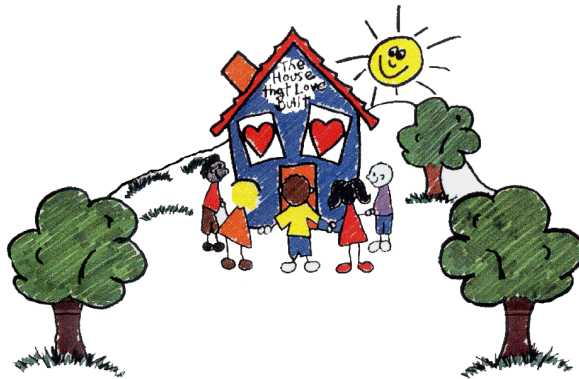
porque o álcool é muito mau para as crianças... é mau para o crescimento do corpo e não deixa que as células do organismo se desenvolvam como devem... as crianças que bebem podem ficar muito doentes da "cabeça" e no "corpinho"



Entretanto...



o ruizinho foi tratado no hospital e voltou à escola, onde todos lhe fizeram uma grande festa, tiveram a brincar e ele jurou nunca mais beber álcool!!!



E agora... se alguém vos der um copo de vinho, vocês têm de dizer...



**NÃO, O ÁLCOOL é nosso inimigo..**



---

## Agora vamos brincar...

O jogo do certo e do errado...





